



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS DO DOURO

Mestrado em Educação Especial
Domínio Cognitivo e Motor

**Perceções e práticas dos professores do ensino básico
face aos alunos com PHDA**

Carina Esteves Barreiros Seixo da Fonseca

Orientador: Professor Doutor Jorge Vaz

**PENAFIEL
2015**



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS DO DOURO

**Mestrado em Educação Especial
Domínio Cognitivo e Motor**

**Perceções e práticas dos professores do ensino básico
face aos alunos com PHDA**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, realizada sob a orientação científica do Doutor Jorge Vaz, Professor Doutor do Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro.

Carina Esteves Barreiros Seixo da Fonseca

**PENAFIEL
2015**

DECLARAÇÃO DA AUTORA

Declaro que este trabalho aqui apresentado é original e, todo ou em parte, não foi apresentado para avaliação noutras instituições de ensino superior nacionais ou estrangeiras.

Penafiel, 30 de Setembro de 2015

(Carina Esteves Barreiros Seixo da Fonseca)

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos filhos, Lília e Rodrigo.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

Ao Professor Doutor Jorge Vaz, meu orientador, pelo incentivo, pela disponibilidade e orientação prestadas.

À minha colega Marisa Navio, pela partilha de conhecimentos e preciosa colaboração no tratamento estatístico.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio e partilha de afazeres.

À minha querida sobrinha Patrícia, pela atenção, paciência e ajuda.

Ao meu marido, especialmente pelo seu amor.

Obrigada a Todos!

RESUMO

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) refere-se a um grupo de sinais e sintomas que se podem juntar em três dimensões comportamentais: o défice de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. Esta é uma problemática que afeta um elevado número de crianças e adolescentes condicionando o seu rendimento escolar.

Esta investigação pretendeu conhecer o grau de conhecimento da PHDA por parte dos professores do ensino básico bem como as suas perceções relativamente às características, prevalência, causas, diagnóstico, problemas associados, consequências, intervenção e às estratégias de intervenção mais utilizadas em contexto escolar junto dos alunos com esta perturbação.

Este estudo, de natureza exploratória, recorreu ao método descritivo e correlacional. Para a análise de dados foi utilizado o método quantitativo, com a aplicação de um questionário, como instrumento de recolha de dados, numa amostra de 115 docentes do ensino básico a lecionar em diferentes escolas dos distritos de Castelo Branco e Portalegre, no ano letivo 2014/2015.

Os resultados desta investigação sugerem: a) os professores com menos tempo de serviço docente possuem um conhecimento relativamente melhorado sobre a PHDA do que os professores com mais tempo de serviço; b) os professores com habilitações superiores à licenciatura detêm um tipo de formação sobre a PHDA mais aprofundada do que os professores com habilitações ao nível da licenciatura ou inferior; c) a maioria dos professores têm conhecimentos sobre características, prevalência, causas, diagnóstico, problemas associados e consequências da PHDA; d) no que diz respeito às estratégias de intervenção com crianças com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar, os docentes identificam como formas mais benéficas a “Colaboração pais-escola” seguida da “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula”; e) no que se refere à medicação, como estratégia de intervenção mais benéfica para crianças com PHDA, o grau de importância médio atribuído pelos professores que lecionam no distrito de Castelo Branco não é diferente dos professores que lecionam no distrito de Portalegre; f) relativamente às estratégias de intervenção utilizadas com os alunos com PHDA, em média, os professores priorizam como mais recorrentes as

“Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas”, o “ Dar informação suficiente ao aluno quanto ao trabalho que faz”, a “Organização da sala de aula” e o “Supervisão frequente do trabalho”.

Palavras-chave: PHDA; Professor; Percepção; Aluno; Intervenção.

ABSTRACT

The Hyperactivity Disorder and Attention Deficit (HDAD) refers to a group of signals and symptoms which can be joined in three behavioural dimensions: the deficit of attention, hyperactivity and impulsivity. This is an issue that affects a high number of children and teenagers which affects their school performance.

This research intended to know the degree of knowledge the teachers of middle schools had on HDAD and also their perceptions regarding the characteristics, prevalence, causes, diagnosis, associated problems, consequences, intervention and the strategies of intervention most commonly used in a school context with students affected by this disorder.

This study, of exploratory nature, made use of the descriptive and correlational method. The quantitative method was used for the data analysis. In order to collect the data, there was an application of a quiz to a sample of 115 teachers who were working in different middle schools of the districts of Castelo Branco and Portalegre, in the school year of 2014/2015.

The results of this research suggest: a) the teachers with shorter lengths of service have a relatively improved knowledge on HDAD compared to the teachers with longer lengths of service; b) teachers with academic qualifications higher than a degree have a more in-depth type of training than those who have a degree or lower degree level qualifications; c) the majority of teachers have some knowledge characteristics, prevalence, causes, diagnosis, problems associated and consequences of HDAD; d) in what concerns to the strategies of intervention applied to children with HDAD during their daily school life, the teachers identified the following as the most beneficial the “Parent-school collaboration” followed by the “Introduction of specific educational strategies in the classroom”; e) in relation to medication, as a more beneficial intervention strategy for children with HDAD, the average importance degree attributed to it by the teachers who taught in the district of Castelo Branco is not different from those in the district of Portalegre; f) in what strategies of intervention used with students diagnosed with HDAD are concerned, on average, the teachers prioritize as the most recurring ones “Short tasks, which are well established and sequenced”, “Giving

sufficient information to the student about the work he/she does”, “The organization of the classroom” and the “Frequent monitoring of work”.

Keywords: HDAD; Teacher, Perception, Student, Intervention.

ÍNDICE GERAL

DECLARAÇÃO DA AUTORA	iii
DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
ÍNDICE GERAL	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
ÍNDICE DE TABELAS	xvii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	xix
INTRODUÇÃO	1
PARTE I: REVISÃO DA LITERATURA	3
Capítulo 1: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	5
1 – PHDA: Informações de carácter geral	5
2 - Caraterísticas das pessoas com PHDA	7
3 – Diagnóstico	10
4 – Causas	13
5 - Consequências e Problemas associados à PHDA	19
6 – Tratamento	22
6.1 - Intervenção farmacológica	23
6.2 - Intervenção comportamental	27
Capítulo 2: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto escolar	31
1 - Alunos com Necessidades Educativas Especiais Permanentes e Inclusão ---	31
2 - Consequências e problemas da PHDA no contexto escolar	34
2.1 – Percurso escolar e a evolução das consequências da PHDA.....	36
3 - Intervenção em contexto escolar	39
3.1 - Estratégias de Intervenção	40

Capítulo 3: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção um tema atual e controverso -----	45
1 - PHDA um tema atual e controverso -----	45
1.1 - Conclusões de estudos atuais -----	47
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO -----	57
Capítulo 4: Apresentação do estudo e Metodologia -----	59
1 - Problemática e Questão de Partida -----	59
2 - Objetivos e Hipóteses de investigação -----	60
3 - Variáveis -----	61
4 – Tipo de estudo -----	64
5 – Amostra -----	64
5.1 – Caraterização da amostra -----	65
6 - Instrumento e Procedimentos da Investigação -----	68
Capítulo 5: Apresentação e Discussão de Resultados -----	71
1 - Conhecimentos da PHDA por parte dos professores do ensino básico inquiridos e as suas perceções relativamente a esta perturbação -----	72
2 - Perceções dos professores inquiridos sobre a intervenção na PHDA e as suas práticas face a alunos com esta perturbação -----	82
CONCLUSÕES -----	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	109
SITIOGRAFIA -----	113
LEGISLAÇÃO CONSULTADA -----	119
ANEXOS -----	121
Anexo I – Questionário -----	123
Anexo II – Pedido de autorização entregue à autora do questionário-----	131
Anexo III – Autorização da autora do questionário -----	135
Anexo IV – Pedido de autorização entregue nas escolas para a aplicação do questionário -----	139

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Sintomas da PHDA -----	8
Figura 2 - Funções executivas do cérebro com os sintomas de PHDA -----	15
Figura 3 - PHDA enquanto perturbação do desenvolvimento -----	16
Figura 4 - Modelo visual explicativo da etiologia da PHDA -----	18
Figura 5 - Sintomas mais comuns em pessoas com PHDA -----	21
Figura 6 - Eficácia das intervenções na PHDA -----	23
Figura 7 - Tipos de NEE permanentes -----	32
Figura 8 - Exemplos de adaptações e de mudanças para professores de alunos com PHDA -----	41
Figura 9 - Distribuição por tipo de local de prescrição de MPH -----	48
Figura 10 - Prescrição de MPH por distritos -----	48
Figura 11 - Síntese de estudos portugueses relativamente ao conhecimento e às perceções dos professores sobre a PHDA -----	50
Figura 12 - Síntese de estudos portugueses relativamente às perceções dos professores sobre a PHDA em contexto escolar e respetivas práticas -----	52
Figura 13 - Caraterísticas que levam o professor a suspeitar de PHDA -----	77
Figura 14 - Opinião dos inquiridos face à incidência da PHDA segundo o género -----	79
Figura 15 - Opinião dos professores inquiridos sobre a prevalência de PHDA -----	80
Figura 16 - Profissionais responsáveis pelo diagnóstico de PHDA -----	81

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Informação das variáveis -----	62
Tabela 2 - Localização das escolas dos professores inquiridos -----	65
Tabela 3 - Género e idade dos professores inquiridos -----	66
Tabela 4 - Habilitações académicas dos professores inquiridos -----	66
Tabela 5 - Tempo de serviço dos professores inquiridos -----	67
Tabela 6 – Crianças com PHDA em sala de aula -----	67
Tabela 7 - Conhecimento da PHDA em contexto escolar por parte dos inquiridos -----	72
Tabela 8 - Análise comparativa do nível de conhecimento sobre PHDA dos professores inquiridos segundo o género -----	73
Tabela 9 - Análise comparativa do nível de conhecimento sobre PHDA dos professores inquiridos segundo o tempo de serviço docente -----	75
Tabela 10 - Análise comparativa do nível de conhecimento sobre PHDA dos professores inquiridos segundo as habilitações literárias -----	76
Tabela 11 - Grau de importância atribuído pelos professores a características perturbadoras da vida escolar dos alunos com PHDA -----	78
Tabela 12 - Grau de importância atribuído pelos professores a possíveis causas de PHDA -----	80
Tabela 13 - Grau de importância atribuído a outros problemas associados à PHDA que causam maior desadaptação -----	81
Tabela 14 - Grau de importância atribuído pelos professores inquiridos a diferentes formas de intervenção com alunos com PHDA -----	82
Tabela 15 - Grau de importância médio atribuído pelos professores inquiridos à medicação com base na suspeição de défice de atenção -----	84
Tabela 16 - Grau de importância médio atribuído pelos professores inquiridos à medicação com base na suspeição por distrito -----	85
Tabela 17 - Grau de importância atribuído a diferentes estratégias a adotar em contexto sala de aula com alunos com PHDA -----	85
Tabela 18 - Frequência das estratégias de intervenção adotadas em contexto escolar com alunos com PHDA -----	86

Tabela 19 - Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo o género -	
-----	89
Tabela 20 - Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo as habilitações académicas -----	90
Tabela 21 - Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo o tempo de serviço -----	91
Tabela 22 - Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo o tipo de formação anterior -----	93
Tabela 23 - Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo a localização da escola -----	95

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – Associação Americana de Psiquiatria

DSM - Diagnostic and Statistical Manual

DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.^a edição)

DSM-5- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5.^a edição)

MPH - Metilfenidato

NEE - Necessidades Educativas Especiais

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice Atenção

INTRODUÇÃO

A PHDA é um dos problemas de saúde mais investigados em todo mundo e por profissionais de várias áreas (Fernandes, 2015). Também, é um dos distúrbios de desenvolvimento da infância e adolescência mais discutidos (Lopes, 2004).

A PHDA é uma perturbação do neuro desenvolvimento definida “por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade impulsividade” (APA, 2014, p. 32) e tem como característica fundamental um “padrão persistente” desses sinais, “com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento” (APA, 2012, p. 85).

A maioria dos estudos sobre PHDA indica que 3 a 5% da população em idade escolar tem esta perturbação. Estas pessoas, desde o ensino pré-escolar ao ensino secundário, costumam ser descritas pelos professores como alunos com problemas do âmbito da atenção, da distração e com comportamentos disruptivos. (Parker, 2011).

Para o sucesso escolar dos alunos com PHDA, os professores têm de analisar quais os fatores que necessitam de ser ajustados ou modificados, de forma a estes alunos alcançarem sucessos, por exemplo, institucionais, ambientais, organizacionais, gestão de comportamentos, avaliação (Rief & Heimburg, 2003).

Assim, é necessário que os professores tenham conhecimento sobre a PHDA. Na área das ciências da educação, têm sido desenvolvidos muitos estudos, nacionais e internacionais, dedicados à compreensão das percepções dos professores sobre a PHDA e ao conhecimento das suas práticas face aos alunos com essa perturbação. Os resultados desses estudos revelam que este conjunto de pesquisas é muito pouco consensual.

Pretendemos que esta dissertação seja mais um estudo nacional a contribuir para o conhecimento sobre a PHDA e, também, para a reflexão dos professores sobre as práticas educativas adequadas e eficazes a fim de garantir o seu sucesso educativo do aluno com PHDA. O interesse e a motivação em realizarmos esta investigação sobre a PHDA resultaram da experiência profissional, da pertinência e da atualidade do tema que consideramos ser fascinante.

A pergunta de partida desta investigação:

Quais as perceções e práticas dos professores do ensino básico face aos alunos com PHDA?

Com esta investigação queremos conhecer o grau de conhecimento da PHDA por parte dos professores do ensino básico bem como as suas perceções relativamente às características, prevalência, causas, diagnóstico, problemas associados e consequências desta perturbação.

Queremos também, com esta investigação, conhecer as perceções dos professores sobre a forma de intervenção mais benéfica para as crianças com PHDA e as estratégias de intervenção mais utilizadas em contexto escolar junto desses alunos.

Do ponto de vista estrutural, expomos o nosso estudo em duas partes:

Na primeira parte, apresentamos a revisão da literatura em três capítulos. O primeiro capítulo sobre a PHDA concentrando o estudo nas características das pessoas com essa perturbação, no diagnóstico, nas causas, nas consequências e problemas associados à PHDA e no tratamento dessas pessoas. O segundo capítulo sobre a PHDA em contexto escolar e o terceiro capítulo relativo às controvérsias do tema e aos estudos atuais. Na segunda parte, apresentamos em dois capítulos o estudo empírico. O quarto capítulo relativo ao estudo e metodologia utilizada e o quinto capítulo com a apresentação e discussão de resultados.

Após as duas partes do estudo, expomos as conclusões obtidas e a bibliografia consultada. Por último, apresentamos os anexos desta investigação onde exibimos o instrumento de recolha de dados utilizado, ou seja, o questionário aplicado.

PARTE I: REVISÃO DA LITERATURA

Capítulo 1:

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

1. PHDA: Informações de carácter geral

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) foi descrita pela primeira vez em 1902 (Selikowitz, 2010). Esta perturbação é um problema de saúde pública que atinge cerca de 5-7% da população, está associada a um grande sofrimento e as despesas associadas à PHDA ou a outras doenças crónicas são comparáveis (Antunes, 2012).

Se para Parker (2011) a PHDA é um problema neurobiológico, de acordo com o DSM-5- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5.^a edição), esta é uma perturbação do neurodesenvolvimento definida “por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade” Associação De Psicologia Americana (APA, 2014, p. 32) e, segundo a APA (2012), tem como característica fundamental um “padrão persistente” desses sinais, “com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento” (p. 85).

Rodrigues e Antunes (2014) referem a existência da PHDA na infância, na adolescência e na idade adulta. Na maioria das culturas a perturbação surge em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos (APA, 2014). O surgimento do primeiro diagnóstico da PHDA na adolescência e na idade adulta é cada vez mais vulgar. No entanto, a identificação da maioria dos casos, aproximadamente 67 %, acontece até aos sete anos de idade e destas crianças, aproximadamente 80%, continuam a manifestar os sintomas na adolescência. Aproximadamente 66% destes adolescentes continuam na idade adulta a evidenciar os sintomas da perturbação (Rodrigues & Antunes, 2014).

A investigação sobre PHDA indica que, na população em geral, a perturbação afeta com mais frequência o sexo masculino do que o feminino (Rodrigues & Antunes, 2014; APA, 2014) numa proporção aproximada de 2 para 1 nas crianças e de 1,6 para 1

nos adultos (APA, 2014), independentemente de variáveis sociodemográficas (Rodrigues & Antunes, 2014).

Relativamente à PHDA e ao sexo feminino, a investigação aponta para que: esta perturbação com apresentação predominantemente desatenta é o mais vulgar entre as raparigas; o diagnóstico é realizado mais tarde nas raparigas, cerca de cinco anos comparativamente com rapazes; existem entre 50 a 75% de mulheres com a perturbação sem diagnóstico; são mais frequentes os problemas de aprendizagem, de linguagem e emocionais se manifestarem nas raparigas; na adolescência as raparigas, relativamente aos rapazes, mostram-se mais vulneráveis à ingestão de substâncias psicoativas (Rodrigues & Antunes, 2014). Segundo o descrito no DSM-5 existe uma “maior probabilidade de pessoas do sexo feminino se apresentarem primariamente com características de desatenção na comparação com as do sexo masculino” (APA, 2014, p. 63).

Relativamente à PHDA, a investigação mostrou que “a tendência é para haver mais casos nas áreas urbanas e em meios nos quais a situação socioeconómica é desfavorável” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 19).

Segundo a APA (2014), verifica-se diferenças regionais nas percentagens relativas à prevalência desta perturbação que,

parecem principalmente atribuíveis a práticas diagnósticas e metodológicas diferentes. Entretanto, pode haver, ainda, variações culturais em termos de atitudes ou interpretações acerca do comportamento infantil. As taxas de identificação clínica nos Estados Unidos para populações afro-americanas e latinas tendem a ser mais baixas do que para populações brancas. As pontuações de sintomas por informantes podem ser influenciadas pelo grupo cultural da criança e do informante, sugerindo que práticas culturalmente apropriadas são relevantes na avaliação (p. 62) da PHDA.

Estima-se que existem pelo menos 80 mil crianças com PHDA em Portugal (Neto, 2014). As crianças com PHDA não são todas iguais porque vários fatores interagem, como a genética, o contexto familiar e social. A intervenção terapêutica pode modificar a comorbilidade e a situação familiar, no entanto, não se pode modificar o estatuto socioeconómico da família e o nível intelectual de uma criança apesar destas condicionarem a gravidade da perturbação (Rodrigues & Antunes, 2014).

Esta perturbação é uma condição crónica, não tem cura mas pode entrar em remissão, isto é, “por força da intervenção e/ou características próprias da perturbação causam progressivamente menos impacto e os sintomas deixam de ser evidentes.” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 48).

Antunes (2012) considera que pais e professores de crianças com PHDA depositam ênfase à agitação motora, e refere que existe um número importante de crianças com PHDA que revelam Déficit de Atenção sem Hiperatividade. O mesmo autor afirma que “gosto de pensar estas crianças como tendo um Déficit de Atenção, com ou sem hiperactividade, invertendo os problemas pela sua ordem de importância” (p. 148).

As crianças com PHDA apresentam dificuldades comportamentais, em áreas de funcionamento básico, que provocam dificuldades escolares, problemas de atenção, dificuldades no relacionamento interpessoal com os colegas e membros da família e baixa autoestima (Lopes, 2004).

2. Características das pessoas com PHDA

A PHDA refere-se a um grupo de sinais e sintomas que se podem juntar em três dimensões comportamentais: o déficit de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. É na infância que aparecem esses sinais e sintomas, “perduram na adolescência e por vezes na idade adulta, evoluindo, porém, na forma como se expressam” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 15).

Segundo Selikowitz (2010), muitos são os sintomas da PHDA (figura 1), no entanto, poucas são as crianças, com esta perturbação, que os manifestam todos. No entanto, há crianças sem PHDA que revelam alguns desses sintomas. Algumas crianças com esta perturbação “são exceccionalmente hiperativas e impulsivas, outras são mais notoriamente afetadas por estados de desatenção e outras ainda apresentam uma combinação dos três traços” (Parker, 2011, p. 8).

Sintomas da PHDA presentes na pessoa com:		
predomínio de desatenção	predomínio de hiperatividade/impulsividade	qualquer um dos predomínios (comum aos dois)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Défice de atenção; ➤ Tarefas incompletas; ➤ Desorganização; ➤ Esquecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Impulsividade; ➤ Excesso de atividade; ➤ Barulho. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inconsistência do desempenho; ➤ Baixa auto-estima; ➤ Memória ativa fraca; ➤ Motivação incentivadora fraca; ➤ Inadaptação social; ➤ Inflexibilidade; ➤ Instabilidade; ➤ Comportamento desafiante; ➤ Problemas de sono.

Figura 1 – Sintomas da PHDA (Selikowitz, 2010).

De uma maneira geral, todas as crianças têm um comportamento agitado ou energético. Mas, segundo Parker (2011), as crianças com PHDA com predomínio de hiperatividade - impulsividade, não passam despercebidas, mostram-se bastante mais inquietas e exibem um excesso de atividade bem mais marcante do que outras crianças. Mexem muito as mãos ou os pés ou retorcem-se na cadeira; levantam-se muitas vezes da cadeira; falam muito e com rapidez; têm dificuldades em esperar pela sua vez, quer em filas ou em situações de jogos em grupo, e interrompem ou incomodam os outros.

Segundo Rodrigues e Antunes (2014), a Impulsividade ou Desinibição Comportamental ou (Des)regulação, "refere-se a comportamentos como interromper os outros ou intrometer-se nas brincadeiras." e "pode ser vista enquanto dificuldade de autocontrolo, incapacidade de atrasar uma resposta e a sua gratificação imediata, a dificuldade em dominar ou inibir respostas imediatas." (p. 26). Estas crianças demonstram incapacidade no controle das emoções e comportamentos (Parker, 2011) e, em relação a outras, são vistas como mais imaturas em termos sociais e emocionais, pois respondem sem pensar acabando por cometer mais erros que outras crianças e,

perante a realização de tarefa ou jogo, revelam dificuldade em esperar pela sua vez (Rodrigues & Antunes, 2014).

Não sendo tão visível quanto à hiperatividade ou à impulsividade, o campo de atenção é normalmente o sintoma da PHDA que causa maiores problemas na escola. O grupo de crianças com predomínio de desatenção

tem sido descrito como mais isolado, mais “ausente” hiporeactivo e tímido, mas estas características, por outro lado, aproximam-se de tal modo do perfil de muitas crianças com problemas de aprendizagem que poderão mais facilmente confundi-lo com um qualquer subtipo de PA (Lopes, 2004, p. 118).

Para Antunes (2012), parece que a apresentação predominantemente desatenta é mais vulgar em raparigas. Estas crianças prestam pouca atenção aos pormenores ou cometem erros por descuido nas tarefas escolares; têm dificuldades em fixar a atenção parecendo nunca ouvir o que se lhe diz; têm dificuldades em seguir instruções e em organizar tarefas e atividades; não gostam de se envolver em tarefas que requerem esforço mental e distraem-se com facilidade (Parker, 2011).

Segundo Selikowitz (2010), as crianças com diagnóstico de PHDA com predomínio de desatenção evidenciam mais dificuldades em concentrar-se que as crianças sem a perturbação e da mesma faixa etária, pois “os mecanismos de atenção dos seus cérebros são ineficazes” (p. 20). Para Rodrigues e Antunes (2014), estas crianças revelam “um comportamento pouco persistente, pouco focalizado para objectivos e muito distráctil.” (p. 23), no entanto, têm uma memória admirável sobre episódios passados há muito tempo (Selikowitz, 2010) e quando confrontadas com atividades que lhes são agradáveis ou no decurso de atividades individualizadas, o seu campo da atenção pode ser normal (Parker, 2011).

Para Rodrigues e Antunes (2014), a dificuldade principal das crianças com défice de atenção, para alguns autores, prende-se com o pouco tempo que conseguem focar e manter a atenção sem distrações. Na opinião de outros autores, essas crianças têm dificuldades

em focar a atenção perante estímulos distractores, mudar a atenção de um estímulo para outro de forma flexível, manter a atenção por tempo prolongado perante estímulos visuais e auditivos, e dificuldade em manter uma resposta regular e estável perante estímulos auditivos (p. 24).

3. Diagnóstico

O diagnóstico do PHDA é particularmente clínico, envolvendo critérios específicos. Não existem testes simples, tais como uma análise ao sangue ou à urina, para se saber se uma criança tem ou não PHDA (Nielsen, 2011). Segundo Neto (2014), o diagnóstico assenta unicamente “nos sintomas da criança e meio envolvente, e em instrumentos clínicos, cuja aplicação e interpretação dependem da experiência da equipa” (p. 10) de profissionais. Os elementos que geralmente formam essa equipa são médicos, psicólogos e elementos da escola, como professores, conselheiros ou especialistas em aprendizagem (Parker, 2011). Para Nielsen (2011), o diagnóstico preciso desta perturbação é complexo e resulta de uma avaliação elaborada por uma equipa de profissionais bem treinados.

De acordo com Parker (2011) é possível a aplicação de alguns procedimentos de avaliação que, em conjunto, podem oferecer informação útil na formulação de um diagnóstico da PHDA válido e fiável. Rodrigues e Antunes (2014) referem a utilização de vários instrumentos: as entrevistas clínicas e a anamnese (instrumentos aplicados à família e ao próprio indivíduo); os inventários, escalas e questionários dos sintomas e de outras perturbações porventura associadas ou que com ela possam ser baralhadas (instrumentos aplicados aos pais, professores e ao próprio indivíduo); a avaliação direta do indivíduo utilizando diferentes provas de avaliação das funções executivas e atenção; a avaliação dos aspetos emocionais e autoconceito; a entrevista ao professor e recolha de dados do contexto escolar.

Para Antunes (2012) os questionários são apenas auxiliares de diagnóstico do PHDA. Pais e professores preenchem questionários e algumas vezes os resultados são "discrepantes entre os vários informadores". Desta forma, o diagnóstico que tem por base os resultados a questionários "corre sérios riscos de imprecisão ou até de erro franco" (p. 153).

Segundo Antunes (2012), para o diagnóstico da PHDA há necessidade de desmontar e compreender a “rede de ligações emocionais, hábitos ou idiosincrasias emocionais que tornam aquela pessoa singular” (p.152) e o estudo do comportamento, das crianças com esta perturbação, deverá ser feito em casa e na escola. Lopes (2004)

considera que os professores “são considerados observadores particularmente privilegiados das manifestações” da PHDA (p. 52).

Segundo Antunes (2012), o DSM ou Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, da Associação de Psiquiatria Americana (APA), é o manual "de maior utilização na literatura anglo-saxónica" (p. 154), para o diagnóstico das disfunções do comportamento, apesar da existência de outros. Este manual "define um conjunto de critérios para que o diagnóstico de um conjunto de perturbações sustente alguma uniformidade." (p. 154).

É no DSM-5, publicado em 2013 e última edição do DSM, que se encontra a definição clínica mais recente da PHDA. De acordo com APA (2014), os critérios de diagnóstico da PHDA são:

Critério A. o diagnóstico tem por base a falta de atenção, a hiperatividade e a impulsividade, de acordo com o caracterizado por (1) Falta de atenção e /ou (2) Hiperatividade-Impulsividade:

(1) Falta de atenção: Seis, ou mais, dos sintomas seguintes (estes devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade, que é não adaptativo e incoerente em relação com o nível de desenvolvimento, e com consequências sociais e académicas /profissionais negativas):

- a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou faz erros por distração nas tarefas escolares, no trabalho ou no decorrer de outras atividades;
- b) com frequência tem dificuldade em sustentar a atenção nas tarefas ou nas atividades lúdicas.
- c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;
- d) com frequência não segue as instruções até à meta final e não termina os trabalhos da escola, nem as tarefas ou deveres no sítio de trabalho;
- e) com frequência tem dificuldades em organizar as tarefas e as atividades;
- f) com frequência evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que obriguem a um esforço mental alongado;
- g) com frequência perde objetos essenciais a tarefas ou atividades;
- h) frequentemente distrai-se com facilidade por incentivos extrínsecos;
- i) frequentemente esquece-se de atividades do quotidiano.

“Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamentopositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou

instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários” (p.59).

(2) Hiperatividade e Impulsividade: Seis, ou mais, dos sintomas seguintes (estes devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade, que é não adaptativo e incoerente em relação com o nível de desenvolvimento, e com consequências sociais e académicas /profissionais negativas):

a) com frequência move excessivamente as mãos, os pés e, quando sentado, o corpo;

b) com frequência levanta-se da cadeira da sala de aula ou de outros sítios onde se espera que esteja sentado;

c) com frequência corre ou salta de forma excessiva em circunstâncias onde é inadequado fazê-lo, no entanto, quando adolescente ou adulto pode limitar-se a sentimentos de inquietude;

d) frequentemente não é capaz de brincar ou envolver-se de forma tranquila em atividades de lazer;

e) frequentemente movimenta-se de forma constante;

f) com frequência fala em demasiadamente;

g) com frequência antes das perguntas concluídas já está a dar respostas;

h) com frequência revela dificuldade em aguardar a sua vez;

i) com frequência interrompe ou interfere.

“Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários” (p.60).

Critério B. alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 12 anos de idade.

Critério C. alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola, no trabalho e em casa).

Critério D. devem existir evidências claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.

Critério E. é possível fazer o diagnóstico de PHDA caso exista um quadro de Autismo. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante outro quadro de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno (por exemplo, ansiedade e depressão).

No DSM-5, de acordo com a classificação da APA (2014), a pessoa com PHDA pertence a uma das seguintes apresentações: Apresentação predominantemente desatenta (apresenta nos últimos 6 meses, seis ou mais sintomas de falta de atenção,

mas menos que seis sintomas de hiperatividade-impulsividade); Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva (apresenta nos últimos 6 meses, seis ou mais sintomas de hiperatividade/ impulsividade, mas menos que seis sintomas de falta de atenção); Apresentação combinada (apresenta nos últimos 6 meses, seis ou mais sintomas de falta de atenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade / impulsividade). Muitas são as crianças com diagnóstico de PHDA com apresentação combinada, esta forma de apresentação é uma das mais frequentes (Parker,2011).

O DSM-5 traz a seleção de PHDA com Remissão Parcial, que deve ser aplicado quando anteriormente foram preenchidos todos os critérios para o diagnóstico, no entanto, nos últimos seis meses, nem todos os critérios se verificaram e os sintomas continuam a causar problemas sociais, académicos ou profissionais. O DSM-5 considera a especificação da gravidade atual da PHDA no indivíduo como Leve, Moderado ou Grave, de acordo com a quantidade dos sintomas e com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo (APA, 2014).

Os critérios de diagnóstico da PHDA, de acordo com Rodrigues e Antunes (2014),

foram estabelecidos para uma população maioritariamente masculina. Coloca-se a hipótese de critérios diferenciados por género fariam desaparecer os actuais rácios rapaz/rapariga, e a ideia vigente de que a PHDA tem maior incidência no sexo masculino (p. 19).

É essencial saber se a pessoa com a PHDA tem outra perturbação associada, mas é também imprescindível compreender se o quadro PHDA é o que melhor explica os sintomas da pessoa, pois existe um grande conjunto de disfunções que podem dar origem a sintomas semelhantes aos da PHDA. São exemplos: Depressão, Perturbações de Oposição e Desafio e de Conduta, Perturbação Bipolar, Perturbação Obsessivo-Compulsivo, Dificuldades de Aprendizagem, Doenças Sistémicas (Rodrigues & Antunes, 2014).

4. Causas

Diversas teorias têm sido avançadas para explicar a causa da PHDA. Seguidamente apresentamos algumas dessas teorias.

Parker (2011) refere o distúrbio neurobiológico hereditário como a causa que colhe maior aceitação para a PHDA e menciona que diferentes elementos da mesma família tendem a manifestar sintomas característicos da PHDA.

Segundo Lopes (2004), o PHDA parece depender mais de problemas no desenvolvimento do cérebro, resultantes de fatores hereditários, do que de fatores ambientais. O mesmo autor, considera que estes últimos podem potencializar ou abrandar os sintomas da PHDA.

Parker (2011) apresenta exemplos de teorias avançadas mas não comprovadas para explicar a causa da PHDA: a dieta responsável pelo comportamento; a dieta e as alergias a alimentos; os efeitos da iluminação fluorescente; o desalinhamento da coluna; os efeitos da infeção por candida; os efeitos das desordens do ouvido interno; e, por fim, talvez a teoria mais comum, os problemas relacionados com a educação da criança.

Ainda de acordo com o mesmo autor, os problemas de compreensão e utilização da linguagem, falada ou escrita, estão na base das dificuldades de aprendizagem de um grande número de crianças com PHDA. Segundo García (2001), como as dificuldades de aprendizagem concretizam-se no nível percetivo-cognitivo, estas crianças têm problemas em captar a informação sensorial, organizá-la, processá-la cognitivamente e expressá-la posteriormente. Estas limitações traduzem-se em dificuldades para resolver com êxito tarefas que exigem o manuseamento de conceitos e ideias abstratas.

De acordo com Selikowitz (2010), a PHDA é um distúrbio cerebral e a prova chega das descobertas, levadas a cabo por vários pesquisadores, de quatro áreas de investigação científica: défices da função executiva, esgotamento de neurotransmissores, pouca atividade do lobo frontal do cérebro, deficiências genéticas.

→ *Disfunção executiva*

O cérebro é um órgão vital que permite controlar todo o organismo e é este que reage aos estímulos do meio ambiente, procurando dar uma resposta adequada, variando desde o simples movimento de um dedo a ações mais complexas como escrever. Estas respostas são dadas de forma hierárquica pelo cérebro. Designam-se funções executivas aquelas que são consideradas as funções superiores, como a autovalorização e auto-

organização. São estas que vão permitir à pessoa refletir e, assim, planear e alterar o seu humor, agindo em conformidade com a situação em que se encontra (Selikowitz, 2010).

No caso de indivíduos com PHDA, estas funções não funcionam completamente, levando a pessoa a agir de forma desorganizada e confusa (Rodrigues & Antunes, 2014). Assim, segundo Selikowitz (2010), cada falha nas funções executivas originam sintomas da doença, conforme a figura 2.

Função executiva	Sintoma de PHDA
Atenção	Défice de atenção
Reflexão	Impulsividade
Imobilização temporária	Excesso de atividade
Auto-organização	Desorganização
Auto-regulação	Inflexibilidade
Autovalorização	Baixa autoestima
Cognição social	Inadequação social
Obediência	Comportamento desafiante
Memória ativa	Esquecimento
Coordenação de movimentos	Inadequação

Figura 2 - Funções executivas do cérebro com os sintomas de PHDA (Selikowitz, 2010, p. 134).

Segundo Rodrigues e Antunes (2014), a memória, uma das funções cognitivas do ser humano essencial para a vida, expressa “um processo complexo, mediante o qual as pessoas codificam, armazenam e recuperam informação.” (p.40). Relativamente às pessoas com PHDA os mesmos autores referem que, a investigação aponta para “dificuldades em armazenar informação, e consequentemente em aprendê-la, se devem à interferência que os défices de atenção têm no decorrer do processamento da informação – o que conduz a um armazenamento deficiente” (p.40).

De acordo Rodrigues e Antunes (2014), a PHDA é uma perturbação do desenvolvimento, pois por défices biológicos, competências fundamentais no desenvolvimento não se desenvolvem corretamente nas pessoas com esta perturbação, a considerar: o controlo da atenção, o inibir e regular do comportamento, o adiamento da gratificação e a resistência à frustração (figura 3).

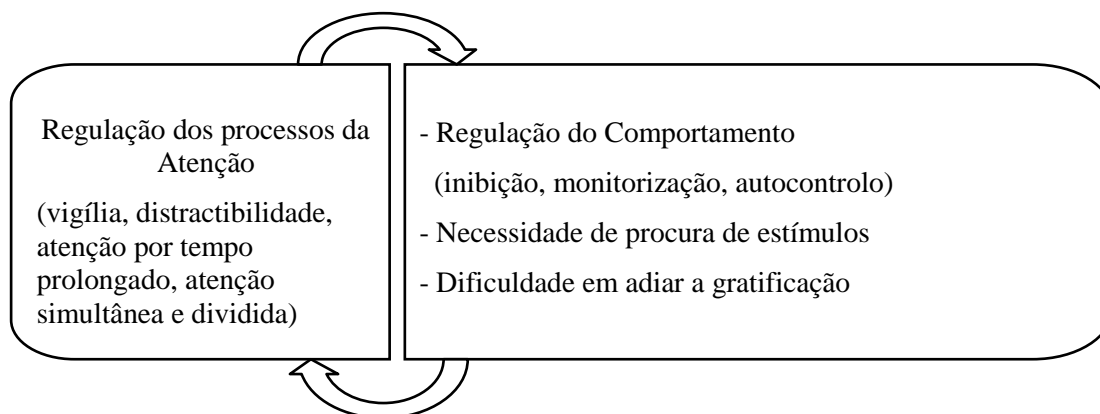


Figura 3 - PHDA enquanto perturbação do desenvolvimento
(Rodrigues & Antunes, 2014, p. 46).

→ *Esgotamento de neurotransmissores*

O cérebro é constituído por numerosas células, através de um número imenso de redes, sendo a informação transmitida entre elas por substâncias químicas designadas neurotransmissores (Antunes, 2012).

Estes neurotransmissores surgem quando um neurónio (célula nervosa) pretende transmitir informações a outros neurónios através do seu axónio para o recetor do seguinte. Contudo, não há contacto entre estes, designando-se esse espaço como sinapse. Assim, os neurotransmissores vão ligar-se diretamente ao recetor da próxima célula, permitindo uma resposta conveniente para o estímulo (Selikowitz, 2010).

Relativamente à PHDA, ocorrem diversas alterações em neurotransmissores, nomeadamente da dopamina (Rodrigues & Antunes, 2014). Segundo Selikowitz (2010), há várias etapas na produção de dopamina e norepinefrina, as quais são substâncias químicas relacionadas com a impulsividade. De acordo com o mesmo autor, estas substâncias químicas são produzidas no neurónio, sendo armazenadas em vesículas, as quais se abrem aquando o estímulo, passando para o seguinte. No entanto, para Selikowitz a quantidade destas substâncias no neurónio depende de fatores como a quantidade de neurotransmissores transmitidos e quais se mantiveram íntegros antes de serem eliminados por enzimas na sinapse. Contudo, pode haver defeitos nesta transmissão, originando uma fraca transferência de impulsos nervosos, nomeadamente na ligação fronto-estriária, que se falará adiante (Selikowitz, 2010).

→ *Escassa atividade no lobo frontal*

Atualmente é possível perceber como é que o cérebro humano funciona e os procedimentos efetuados têm permitido perceber que surgem alterações no cérebro de indivíduos com PHDA, especialmente nas regiões do córtex pré-frontal, sendo este um constituinte do lobo frontal. Esta região caracteriza-se por delinear e regular as ações da pessoa, respondendo aos estímulos recebidos (Rodrigues & Antunes, 2014).

De acordo com Selikowitz (2010), lobo frontal é a zona do cérebro que pode ser comparada a um “posto de comando” do cérebro, sendo esta uma zona rica em ligações nervosas de modo a agir adequadamente ao estímulo. Assim, de acordo com o mesmo autor, nas pessoas com PHDA, estas ligações não funcionam devidamente, afetando mais a ligação fronto-estriária, a qual estabelece contacto entre o lobo frontal e o estriado (zona integrante dos gânglios da base). Estas falhas vão afetar a passagem dos neurotransmissores falados anteriormente (dopamina e norepinefrina) de neurónio em neurónio (Selikowitz, 2010).

→ *Anomalias genéticas*

Todas as células e as suas ações são determinadas por um conjunto de genes, recebidos pelos transmissores, levando que a pessoa tenha maior tendência a ter determinadas características ou formas de agir, sendo o metabolismo da dopamina e da norepinefrina afetado por genes.

Segundo Selikowitz (2010), estudos realizados desde 1990 mostraram que existem várias variantes nos genes que controlam o metabolismo destes neurotransmissores em pessoas com PHDA e os sintomas surgem quando há falhas na sinapse, o que é provocado por vários genes defeituosos, independentemente de serem da dopamina ou norepinefrina. Assim, de acordo com o mesmo autor, a PHDA é um distúrbio poligenético, ou seja, é causado por vários genes defeituosos, estes que se encontram de forma comum na população em geral. Logo, um casal sem evidências desta perturbação pode conter genes suficientes (cumulativamente) para que os seus filhos tenham PHDA e, consequentemente, estes irão passar os genes às próximas gerações, levando a novos casos de aparecimento da doença, não tendo de ser, no entanto, obrigatoriamente na relação pai-filho, pois pode surgir em tios ou avós da

criança com PHDA devido ao número mínimo de genes que a pessoa pode conter sem apresentar sintomas (Selikowitz, 2010).

Visto que a PHDA é um distúrbio poligenético pode apresentar genes em comum com outras doenças como depressão ou doença bipolar, sendo também estas poligenéticas. Desta forma, afirma-se que a doença apresenta comorbilidade com outras, surgindo ambas na pessoa (Selikowitz, 2010).

Segundo Rodrigues e Antunes (2014), embora as principais investigações sobre as causas da PHDA sejam de origem genética, como as apresentadas, também há lugar para fatores não genéticos, sem que os resultados sejam conclusivos. No entanto, fala-se do possível efeito de aditivos alimentares, açúcar, o brilho da luz do televisor, entre outros, que poderão causar agitação e agressividade em crianças. Ainda referem que, outro fator estudado é a presença de níveis não normais de chumbo no sangue.

Os mesmos autores referem que, relativamente aos agentes não genéticos relacionados com a PHDA, alguns estudos reconhecem como fatores de risco as condições do decorrer da gravidez e do nascimento do bebé, nomeadamente: baixo peso ao nascer, deficiência de oxigénio no cérebro; consumo de tabaco e/ou álcool durante a gravidez; prematuridade. A vida da criança é também bastante estudada, a considerar: relações transtornadas com os pais, alterações emocionais no seio familiar e a situação socioeconómica em que se encontram (Rodrigues & Antunes, 2014).

Quanto às causas da PHDA, Rodrigues e Antunes (2014) referem que estas são “complexas e multifactoriais” (p. 63). Os mesmos autores apresentam um modelo esclarecedor da etiologia desta perturbação (figura 4).

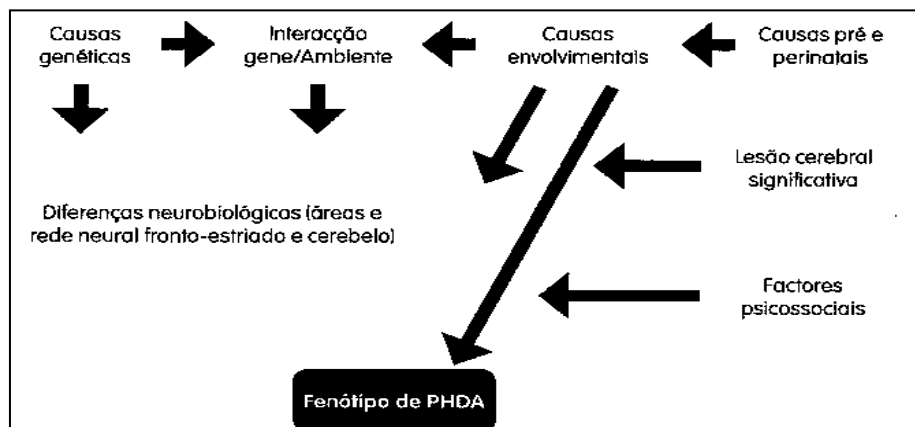


Figura 4 - Modelo visual explicativo da etiologia da PHDA
(Rodrigues & Antunes, 2014, p. 63)

5. Consequências e Problemas associados à PHDA

Antunes (2012) refere que as graves consequências da PHDA atingem crianças e adolescentes mas, também, os adultos.

A PHDA, segundo APA (2014), nas crianças e adolescentes, está ligada a um fraco desempenho escolar, a um reduzido sucesso académico, à rejeição social e, de acordo com Antunes (2012),

"Eis o que dizem as estatísticas:

- . 50% Aumento de acidentes de bicicleta
- . 33% Aumento idas ao Serviço de Urgência
- . 3-5 x Divórcio dos pais
- . 2 x Utilização abusiva de drogas" (p. 168).

A maioria dos cientistas que se têm debruçado sobre o estudo da PHDA afirma que a criança com a perturbação mostra bastantes comportamentos de oposição e de desafio, agressividade, problemas de conduta, e até mesmo uma atitude antissocial (Lopes, 2004). A incidência de comportamentos menos agradáveis, é mais assíduo em crianças e jovens com esta perturbação (Antunes, 2012).

De acordo com García (2001) os problemas de integração social da criança com hiperatividade acontecem como consequência do comportamento que exterioriza pois, segundo Schweizer e Prekop (2001), "O seu irrequietismo torna-a num elemento perturbador aos olhos das outras crianças e, por isso, é rejeitada com frequência." (p.16). Segundo Vásquez (1997) a criança com PHDA "tem pouco controlo sobre os seus comportamentos, torna-se imprevisível, gerando situações de tensão e consequentes birras, convulsões ou ataques fingidos, devidos à sua escassa tolerância à frustração" (p. 164) e a retribuição tem de ser imediata devido a essa mesma escassa resistência à frustração (Antunes, 2012).

Rodrigues e Antunes (2014) referem "que a existência de uma PHDA tem um impacto enorme no funcionamento da família, variando de acordo com a idade da criança" (p.125). Do Núcleo de PHDA do CADIn, Dr. ^a Daniela Nascimento (s.d., cit. in Antunes, 2012), diz-nos que:

As implicações do Défice de Atenção verificam-se nas rotinas de todos os dias. Os pais ficam transtornados porque os filhos não são autónomos, não se organizam no tempo,

não se conseguem responsabilizar por despir/ vestir, tomar banho, comer, organizar a mochila (...). Como resultado os pais substituem-se em praticamente tudo (...) e as crianças tornam-se muito dependentes. (...) Socialmente também são crianças com dificuldade em jogo de grupo (...). Há crianças com Défice de Atenção que conseguem funcionar sem dificuldade a vários níveis à exceção do académico, mas acho que não é a maioria (pp. 150-151).

A adolescência numa pessoa com PHDA exige dos pais uma preocupação, acrescida, “com questões como as dependências, a sexualidade, a condução automóvel, depressão, influência dos pares, e sucesso académico. (...) A impulsividade é um factor de risco” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 136).

Segundo Antunes (2012), com a idade a hiperatividade tendencialmente baixa, no entanto, bastantes adultos sofrem social mente e profissionalmente devido às consequências das dificuldades de concentração e de impulsividade que se mantêm ao longo da sua vida. Existem estudos sobre a PHDA que consideram esses adultos com mais dificuldades: no estabelecer de relações sociais ajustadas e saudáveis, nas rotinas da vida social e profissional, no adequar o comportamento de regras sociais, no controlo das finanças e na saúde. (Rodrigues e Antunes, 2014).

A APA (2014) refere no DSM-5 que esta perturbação nos adultos está ligada a “piores desempenho, sucesso e assiduidade no campo profissional e a maior probabilidade desemprego, além de altos níveis de conflito interpessoal” (p. 63) com os seus pares, cônjuges e autoridades, baixa resistência à frustração e menores níveis de escolaridade (Rodrigues e Antunes, 2014). De acordo com Antunes (2012),

Nos EUA os números mostram:

- . 2x Risco de prisão
- 47% Aumento da probabilidade de 2 ou mais multas de excesso de velocidade em um ano
- 78% Aumento de tabagismo
- 58% Uso ilegal de drogas
- . 2x Aumento de divórcios
- . 2x Aumento de grande instabilidade profissional (p. 168).

O mesmo autor refere que são muitas as crianças com PHDA que têm outras disfunções, pois " uma investigação extensa chegou à conclusão de que menos de 1/3 das crianças com PHDA a tinham em «estado puro» " (p. 170).

Relativamente aos adultos com PHDA, segundo Rodrigues e Antunes (2014), evidenciam frequentemente perturbações antissociais, do humor e da personalidade. De acordo com os mesmos autores, a perturbação da ansiedade está diagnosticada em cerca de 25% dos adultos com PHDA e existem estudos que "referem a existência de cerca de 16 a 31% de adultos com depressão e uma pequena percentagem com Desordem Obsessivo-compulsiva" (pp. 57-58).

Segundo Antunes (2012),

“As patologias «psiquiátricas» mais vezes associadas à PHDA:

Perturbação de Oposição e Desafio – 40%

Ansiedade – 34%

Tiques -11%

Depressão- 4%

Outros problemas comportamentais como Perturbação da Conduta - 14%” (p. 171).

De acordo com Selikowitz (2010), existem sintomas que são mais vulgares em pessoas com esta perturbação (figura 5).

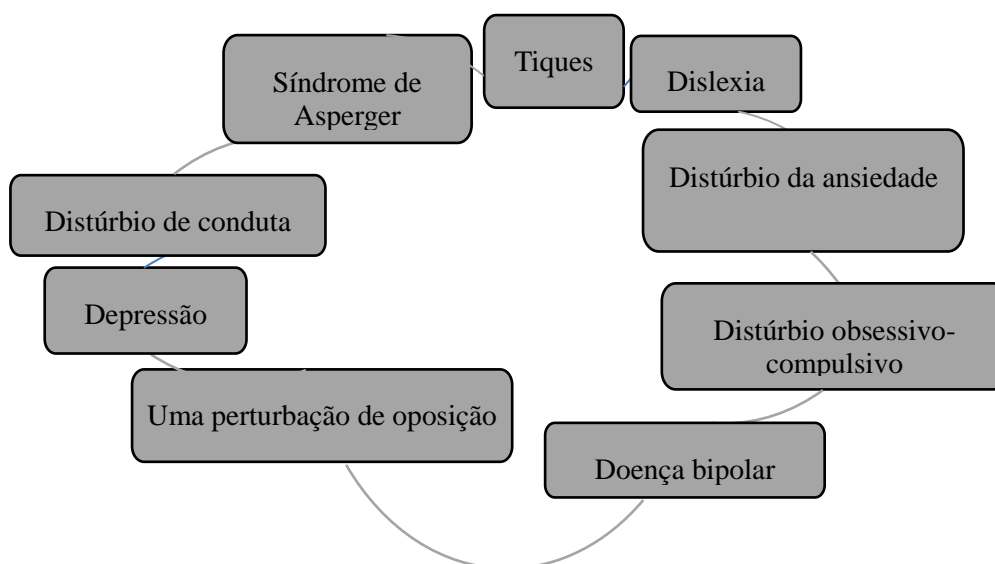


Figura 5 - Sintomas mais comuns em pessoas com PHDA (Selikowitz, 2010).

6. Tratamento

Segundo Lopes (2003, cit. in Rodrigues, 2008), "não se "trata" a PHDA, aprende-se a lidar com ela e procura-se manter os seus sintomas dentro de limites que não se revelem gravosos para o próprio e para aqueles que com ele convivem" (p. 9).

Após o diagnóstico da PHDA o tratamento deve iniciar-se o mais cedo possível. Segundo Parker (2011), este tratamento necessita de um plano que pode

“incluir acompanhamento médico, planeamento educacional, modificação do comportamento e aconselhamento psicológico” (p. 19), pois exige intervenções combinadas.

De acordo com Rodrigues e Antunes (2014), a intervenção que conjuga as intervenções farmacológica e outras não farmacológicas, designada por intervenção multimodal, é a que apresenta resultados mais eficazes. Segundo os mesmos autores, a intervenção psicossocial, designação de todas as formas de intervenção não farmacológicas, tem como objetivo modificar o comportamento e desenvolver competências específicas.

Fernandes (2015) refere que:

Uma abordagem não farmacológica isolada, está recomendada para a PHDA em crianças pré-escolares ou nas situações mais ligeiras. Em situações moderadas ou graves, com grande impacto no funcionamento, desempenho e autoestima da criança, após uma adequada avaliação por equipa interdisciplinar, é recomendada a medicação em associação com medidas não farmacológicas. Apesar de esta ser a regra geral, a decisão deve ser sempre tomada caso a caso (p. 1).

De acordo com Barkley citado em Rodrigues (2008), qualquer que seja o tipo de intervenção deve ser orientada segundo um conjunto de princípios, a considerar: os métodos devem ter como base regras de ação imediata, a intervenção deve recair sobre as incapacidades da pessoa e deve ser continuada no tempo e sistémica, os agentes da intervenção devem ter uma ação ininterrupta sobre as dificuldades da pessoa.

Para Rodrigues e Antunes (2014), a investigação tem mostrado que há intervenções com mais eficácia e outras com pouca ou nenhuma, conforme a tabela 6.

Intervenções com mais eficácia	Intervenções com pouca/ nenhuma eficácia
<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducação Parental e dos Professores acerca da PHDA - Psicofarmacologia - Treino Parental, na idade escolar - Intervenção na Relação Pais Filhos, na adolescência - Terapia Familiar - Modificação Comportamental na sala de aula - Educação Especial - Exercício Físico Regular - Grupos de Apoio para Pais - Serviços de Apoio Familiar com Intervenções Residenciais e Intensivas 	<ul style="list-style-type: none"> - Dietas de eliminação de nutrientes - Dietas com a introdução de grandes doses de vitaminas, antioxidantes e minerais - A integração Sensorial - O Biofeedback - O treino de autocontrolo - O treino de competências sociais em contexto clínico

Figura 6 - Eficácia das intervenções na PHDA (Rodrigues & Antunes, 2014).

Antunes (2012) refere que “ o tratamento global de uma criança com PHDA envolve a maioria das vezes a combinação de intervenções comportamentais e farmacológicas” (p. 173).

6.1. Intervenção farmacológica

A intervenção farmacológica na PHDA e os seus efeitos secundários têm originado vários estudos, no entanto, as opiniões não são consensuais. A administração de fármacos é um tema controverso, na opinião de García (2001), os resultados a curto prazo revelam "diminuição do nível da actividade motora, aumento da atenção e melhoria do rendimento nos testes de atenção no laboratório" (p. 60), no entanto, alguns pais receiam dos efeitos secundários derivados do uso continuado desses medicamentos.

O tratamento farmacológico na PHDA, no dizer de García (2001), “tem uma ampla tradição, apoiada em resultados imediatos e surpreendentes obtidos com algumas crianças hiperactivas” (p. 60). Parker (2011) refere a intervenção farmacológica como

“uma componente eficaz do plano geral do tratamento” (p. 19) e, tal como é opinião de Rodrigues (2008), só a conjugação da medicação com as terapias comportamentais poderão ser um sinal de sucesso a longo prazo.

O tratamento das crianças com PHDA nem sempre engloba medicação, na opinião de Parker (2011), quer porque os défices dessas crianças "são ligeiros e podem ser geridos através de estratégias de modificação do comportamento quer porque os ambientes escolar e familiar são passíveis de sofrerem mudanças, de forma a compensarem os défices de atenção da criança” (p. 19).

Segundo Malaca (2008), “No dizer de Chronis et al (2006), estima-se que aproximadamente 85% das crianças diagnosticadas com PHDA sejam medicadas” (p. 9). A medicação utilizada na intervenção com estas crianças são os: Estimulantes, entre eles, Metilfenidato, Dextroanfetamina e Pemolina (García, 2001); Tranquilizantes e antidepressivos, entre eles a Imipramina (Lino, 2005; García 2001); Adicionais, como por exemplo, a medicação usada para diminuir efeitos colaterais da medicação principal (Lino, 2005).

Parker (2011) diz-nos que os psicoestimulantes e os antidepressivos tricíclicos são os medicamentos mais prescritos às crianças no tratamento da PHDA. O mesmo autor afirma que 70% das crianças que ingerem psicoestimulantes evidenciam melhorias.

Rohde, Mattos e cols. (2003). referem que sendo a cafeína uma “substância estimulante que parece melhorar a atenção (...) torna-se evidente a necessidade de estudos controlados e não apenas relatos isolados da prática clínica, para uma aprovação ou não dessa medicação” (p. 180).

Relativamente à pesquisa desenvolvida em torno da PHDA, esta

aponta o uso abusivo do metilfenidato, com aumento do uso desse medicamento da ordem de 940% nos anos de 2005 e 2006, com um milhão de caixas vendidas neste período, segundo Benedetti (2009, p. 198), além do uso permanentemente crescente deste medicamento. Em 2013, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) confirmam a continuidade do crescimento do uso desse medicamento: “(...) entre 2009 a 2011 a venda desses remédios aumentou 75%”

(Benedetti & Anache, 2014, p. 439).

Antunes (2012) refere que, nos EUA, o Metilfenidato é usado há mais de 60 anos no tratamento do défice de atenção, sendo “o medicamento com acção sobre o Sistema Nervoso das crianças melhor estudado” (p. 175). Este medicamento já utilizado em milhões de crianças é extremamente seguro e o modo mais eficaz no tratamento do défice de atenção. O mesmo autor refere que estas crianças “sofrem consequências extremamente sérias” (p. 175) e “Muita gente se interroga sobre o potencial abuso do medicamento. O problema, contudo, não é administração excessiva do remédio, mas sim o esquecimento de o tomar” (p. 177).

No tratamento da hiperatividade, para García (2001) é mais frequente a prescrição de estimulantes do que tranquilizantes devido ao conhecimento menos limitado sobre a eficácia e efeitos secundários dos estimulantes. No entanto, o mesmo autor refere que, de acordo com alguns trabalhos, o uso de tranquilizantes evidenciam diminuição na inquietude, na mobilidade excessiva e na agressividade, mas não influenciam de forma positiva na atenção e no rendimento das crianças. Os antidepressivos devem ser utilizados, se associados à hiperatividade existirem problemas de ansiedade e depressão (Lopes, 2004; Parker, 2011).

Relativamente aos estimulantes, García (2001) refere que geralmente,

conseguem melhorar o comportamento da criança hiperativa a curto prazo, sobretudo nos aspectos comportamentais com mais impacte social, tais como a actividade motora e a impulsividade. Também melhoram a atenção, os problemas emocionais e as relações sociais. Quanto ao rendimento académico, os resultados são contraditórios, se bem que se considere que, embora não modifiquem os resultados escolares, facilitam as condutas necessárias à aprendizagem escolar (p. 66).

De acordo com Selikowitz (2010), muitos estudos revelaram que o uso de medicação nas crianças com PHDA "melhora o desempenho em questões de atenção, coordenação motora fina, impulsividade e tempo de resposta. (...) consegue melhorar a precisão e a produtividade escolar (...). A caligrafia fica mais legível e a persistência na realização de tarefas é maior " (pp. 205-206). Na opinião do mesmo autor, o medicamento adequado provoca melhorias que afetam a aprendizagem, o comportamento, as competências sociais e o estado emocional.

De acordo com Parker (2011),

Após a prescrição da medicação, é importante que os pais e os professores monitorizem cuidadosamente o comportamento, o humor e o âmbito da atenção da criança. Uma criança cuja medicação seja insuficiente pode continuar a mostrar-se irrequieta, desatenta e distraída. Estabelecer a dose terapêutica correta é frequentemente uma questão de tentativa e erro, sendo necessário o retorno regular por parte do professor da sala de aula para o médico (p. 60).

Para essa monitorização, o mesmo autor sugere o uso da Escala de avaliação de Conners pelos pais, professores e médicos, porque é "bastante sensível aos efeitos da medicação" (p. 61).

Para Cordinhã e Boavida (2008), os psicoestimulantes são seguros e bem tolerados, não causam qualquer tipo de habituação, dependência ou tolerância. Na opinião dos mesmos autores, o tratamento a longo prazo pode ser um fator de proteção a eventuais distúrbios psiquiátricos e ao abuso de substâncias na adolescência e idade adulta.

Com o uso de psicoestimulantes podem surgir efeitos secundários a curto prazo. Mais frequente: falta de apetite, perturbações do sono, irritabilidade, náusea, cefaleias e obstipação (Parker, 2011). Menos frequente: alterações de humor, tiques, pesadelos e isolamento social (Rohde, Mattos & cols., 2003).

Rohde, Mattos e cols. (2003). referem que existe muita controvérsia quanto aos efeitos secundários a longo prazo, a saber: perda de peso e a desaceleração da curva de crescimento, alterações cardiovasculares. Para Parker (2011), não existem dados que indiquem alterações na produção da hormona de crescimento humano com a ingestão desses fármacos. As alterações cardiovasculares, segundo Rohde (2003), são pontuais e transitórias.

Nas crianças com PHDA,

existe uma alteração genética associada a défices no funcionamento de certas áreas do cérebro que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo. A medicação vai estimular diretamente estas áreas cerebrais, pelo que tem de ser administrada diariamente e por longo período de tempo (...) (Lopes, 2004, p. 239).

Selikowitz (2010) refere a existência de muitos estudos que apresentam como causa da PHDA o número reduzido de neurotransmissores na zona frontal do cérebro.

Desta forma, o tratamento ideal para a criança com este distúrbio é um fármaco que faça aumentar a quantidade de neurotransmissores para níveis adequados à sua idade.

Collares e Moysés (1992, cit. in Benedetti & Anache, 2014) dizem-nos “não ter havido comprovações nas pesquisas experimentais que validassem a existência de uma lesão no aparato orgânico do cérebro ou mesmo de uma disfunção no funcionamento cerebral” (p. 441). Os mesmos autores afirmam que,

Começa-se a desvendar que se está lidando com um mercado de trabalho economicamente atraente, em expansão. Tão atrativo, que houve o surgimento de novas profissões baseadas nesta concepção do processo ensino aprendizagem, como a psicopedagogia. [...] Porém, os interesses econômicos não se restringem a isso, são muito maiores. Lida-se com a indústria farmacêutica. Drogas como a ritalina (methylfenidate, estimulante do sistema nervoso central) e nootropil (piracetam) são usadas praticamente apenas para essas “doenças” (p. 443).

6.2. Intervenção comportamental

Uma das técnicas mais usadas com PHDA é a intervenção comportamental, pois considera-se que o comportamento humano, como por exemplo a falta de atenção, a hiperatividade e a impulsividade, deriva da interação entre a pessoa e o meio ambiente que a rodeia. (Ribes, 1986, cit. in Vásquez, 1997).

O objetivo desta intervenção comportamental é diminuir a frequência com que surgem comportamentos inadequados e aumentar as ações desejadas. (Lourenço, 2009).

De acordo com a perspectiva de Vásquez (1997), é necessário que os princípios de mudança no comportamento sejam aplicados de forma correta por pais e professores, em crianças com PHDA, ajudando a diminuir ou mesmo a eliminar os sintomas desta doença.

Segundo Vásquez (1997), o esquema de intervenção vulgarmente usado é:

1. Definir quais são os comportamentos inadequados;
2. Inicialmente, registar o comportamento evidenciado;
3. Perceber quais os fatores que levam à conservação do comportamento;
4. Planear quais as ações a realizar para intervir;
5. Avaliar se houve mudanças;
6. Continuar a intervenção planeada.

A decisão das técnicas utilizadas para modificar os comportamentos inadequados e a avaliação dos resultados, durante a intervenção comportamental, devem ser realizados por terapeutas, contudo, é difícil aplicar as técnicas em prática, pois os maiores problemas de comportamento e sucesso escolar surgem em casa e na escola (García, 2001). Assim, é essencial que os pais e professores colaborem, de forma a aplicar corretamente as técnicas terapêuticas escolhidas, de acordo com quatro regras: supervisão contínua, monitorização permanente, aplicação de sistemas de reforços organizados e com pequenos espaços de tempo, organização do ambiente.

Várias são as técnicas intervencionais eficazes utilizadas em crianças com PHDA, nomeadamente as que procuram suprimir comportamentos indesejados ou aumentar as ações desejadas. No entanto, quando combinadas estas técnicas apresentam maior eficácia (Nogueira & Lopes, 1998).

Uma das técnicas mais utilizadas para aumentar os comportamentos desejados é o uso de reforços. É a técnica que consiste na valorização da criança com recurso a reforços de ordem material, afetiva ou social, como por exemplo através de pequenos gestos como um sorriso ou afeto (Parker, 2011). Desta forma, entende-se reforço como a consequência de um comportamento desejável (Gonçalves, 1999).

Por outro lado, de acordo com García (2001) as técnicas destinadas a suprimir os comportamentos inadequados são a extinção, o custo de resposta, o tempo de exclusão e a sobrecorreção. O mesmo autor refere que, na técnica da extinção de comportamentos inadequados pretende-se retirar os reforços que mantêm esse comportamento inadequado e, para isso, tem de se identificar quais são e retirar de forma firme e constante. Quando já não existem reforços possíveis, é proposto aos pais e professores que certas ações de pouca gravidade sejam ignoradas. Relativamente à técnica custo da resposta, Garcia considera que o conceito é trabalhar com penas pelo comportamento errado. Outra técnica, o tempo de exclusão consiste em retirar durante algum tempo as recompensas, a qual funciona com mais eficácia juntamente com a técnica da extinção, por exemplo, um aluno sair da sala de aula durante algum tempo de forma a refletir as suas ações. A última das técnicas mencionadas, a sobrecorreção consiste, segundo García (2001), “na reparação dos efeitos originados por comportamentos e actos destrutivos e na execução de alguma conduta adaptada” (p. 75).

A intervenção comportamental será um assunto retomado na abordagem relativa à intervenção em contexto escolar no capítulo 2: Perturbação de hiperatividade e défice de atenção em contexto escolar.

Capítulo 2:

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto escolar

1. Alunos com Necessidades Educativas Especiais Permanentes e Inclusão

Segundo Correia (2013), existe um grupo de alunos com certas capacidades e necessidades que para atingirem o sucesso escolar a Escola terá de produzir planos educativos específicos e eficientes. De acordo com o mesmo autor, estes estudantes são designados alunos com necessidades especiais, estas referem-se a uma série de condições, de risco ou intelectuais, emocionais e físicas, que podem dificultar a capacidade do aluno conseguir obter o máximo rendimento na aprendizagem. Estas condições, de acordo com o mesmo autor,

podem, assim, originar “discapacidades” ou “talentos”, podem afectar uma ou mais áreas do funcionamento do aluno e podem ser mais ou menos visíveis. (...), há uma miríade de termos que são usados para melhor se perceberem as características dos alunos que apresentam “discapacidades” ou “talentos”. Estes termos dizem respeito, por exemplo, aos “problemas intelectuais”, às “dificuldades de aprendizagem específicas”, aos “problemas de comunicação”, às “perturbações emocionais” e à “sobredotação” (p. 43).

Brennan (1988, cit. in Correia, 2013), acerca do conceito de Necessidade Educativa Especial (NEE), declara:

Há uma necessidade educativa especial quando um problema (físico, sensorial, intelectual, emocional, social ou qualquer combinação destas problemáticas) afecta a aprendizagem ao ponto de serem necessários acessos especiais ao currículo, ao currículo especial ou modificado, ou a condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno possa receber uma educação apropriada. Tal necessidade educativa pode classificar-se de ligeira a severa e pode ser permanente ou manifestar-se durante uma fase do desenvolvimento do aluno (p. 44).

A percentagem de alunos com NEE situa-se entre os 10 a 12% (Heward, 2003, cit. in Correia, 2013). Marchasi e Martin (1990, cit. in Correia, 2013) referem-se aos alunos com NEE como sendo aqueles que “apresentam um problema de aprendizagem,

durante o seu percurso escolar, que exige uma atenção mais específica e uma gama de recursos educativos diferentes (especializados) daqueles necessários para os seus companheiros da mesma idade” (p. 45).



Figura 7 - Tipos de NEE permanentes (Correia, 2013, p. 47).

Segundo Correia (1997, cit. in Correia, 2013) os alunos com NEE apresentam condições específicas e por estas entende-se: "autismo, cegueira-surdez, deficiência auditiva (impedimento auditivo), deficiência visual (impedimento visual), deficiência mental (problemas intelectuais), problemas motores graves, perturbações emocionais e do comportamento graves, dificuldades de aprendizagem específicas, problemas de

comunicação, traumatismo craniano, multideficiência e outros problemas de saúde” (p. 45).

Para Correia (2013), existe um grupo de categorias particulares de necessidades educativas especiais, NEE permanentes (figura 7), que se relacionam com a diminuição do sucesso escolar dos alunos que nelas se encaixam.

As crianças ou adolescentes com PHDA são alunos com NEE porque “ por exibirem determinadas condições específicas, podem necessitar de apoio de serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e sociemocional” (1997, Correia, cit. in Correia, 2013, p. 45). De acordo com o mesmo autor, o aluno com PHDA é uma criança com NEE de carácter permanente, que tem,

direito a um programa de educação público, adequado e gratuito, num meio de aprendizagem o mais apropriado possível, que responda às suas necessidades educativas e ao seu ritmo e estilos de aprendizagem. Assim, a Escola deve estar preparada para dar uma resposta eficaz à problemática do aluno com NEE, de acordo com as suas características, capacidades e necessidades (p. 45).

No Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, o ajuste do processo de ensino e de aprendizagem incorpora medidas educativas cujo objetivo é promover, aos alunos com NEE de carácter permanente, a aprendizagem e a participação. As medidas educativas são: Apoio pedagógico personalizado; Adequações curriculares individuais; Adequações no processo de matrícula; Adequações no processo de avaliação; Currículo específico individual; Tecnologias de apoio. Estas medidas educativas presumem a organização de estratégias e de atividades que visam o apoio personalizado aos alunos com NEE.

O Decreto-lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, tem como premissa a qualidade de ensino direcionada para o sucesso de todos os alunos e, para tal, é decisivo a existência de uma escola inclusiva que institui princípios, valores e instrumentos fundamentais para a igualdade de oportunidades. Pois, de acordo com o mencionado na Declaração de Salamanca,

As crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais, devem ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança capaz de ir ao encontro destas necessidades. As escolas regulares, ao seguirem esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes

discriminatórias, criando, comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos (Unesco, 1994, p.1).

Segundo Correia (2013), inclusão de um aluno envolve as necessidades dessa pessoa, “vista como um todo e não apenas no seu desempenho académico, comparado, ainda por cima, tantas vezes, com o desempenho académico do aluno médio” (p. 9). Este princípio aponta para uma escola que tenha em atenção “a criança-todo, não só a criança-aluno, e que, por conseguinte, respeite três níveis de desenvolvimento essenciais – académico, socioemocional e pessoal -, de forma a proporcionar-lhe uma educação apropriada, orientada para a maximização do seu potencial” (Correia, 1995, cit. in Correia, 2013, p. 9).

A inclusão educativa de um aluno com PHDA tem de ser um processo ativo, pois com o crescimento da criança há alterações nos seus sintomas e verificasse, como em qualquer outra criança, evolução das suas necessidades e fraquezas. Desta forma, as abordagens devem acompanhar estas modificações (Rodrigues & Antunes, 2014).

2. Consequências e problemas da PHDA no contexto escolar

A maioria dos estudos sobre a PHDA indicam que 3 a 5% da população em idade escolar tem esta perturbação e, de acordo com estudos realizados, em Portugal apontam cerca de 4 a 5% de crianças (Rodrigues & Antunes, 2014). Nos EUA, segundo Antunes (2012), há registo de abandono escolar precoce por parte de um terço das crianças.

Para Rodrigues e Antunes (2014), os sintomas do PHDA “e as competências cognitivas e emocionais que estão em causa, têm um impacto muito relevante em diferentes domínios na escola” (p. 150). As crianças com PHDA, desde o ensino pré-escolar ao ensino secundário, costumam ser descritas pelos professores como alunos com problemas do âmbito da atenção, da distração e com comportamentos disruptivos. (Parker, 2011).

De acordo com Rodrigues e Antunes (2014), os alunos com esta perturbação não conseguem cumprir eficazmente algumas exigências da escola, não por não quererem, mas por não lhes ser biologicamente permitido. Segundo os mesmos autores, estes

alunos têm dificuldades em estar sentados e quietos, ouvir os outros em silêncio, focar a atenção e mantê-la por algum tempo, perseguir instruções recebidas.

Ainda no dizer dos mesmos autores, os professores referem que as crianças com PHDA: não os ouvem; mostram dificuldade em começar e em acabar as tarefas de forma independente; mostram alguma lentidão na execução das tarefas e qualquer estímulo as distraem; enquanto realizam as suas tarefas, mexem os seus membros inferiores e superiores de forma incessante; brincam com os objetos que estão ao seu alcance; sem autorização, circulam pela sala, falam mesmo não sendo a sua vez e interrompem as outras pessoas.

Rodrigues e Antunes (2014) referem que “a dificuldade em manter-se no lugar, a impulsividade, a repetição dos erros, são comportamentos com os quais os professores têm dificuldades em lidar” (p. 150) e, bastantes vezes, estas crianças são vistas como mal-educadas. Segundo os mesmos autores, o excesso de atividade provocar menos complicações académicas do que sociais.

Para García (2001) as crianças com PHDA “ têm problemas em captar a informação sensorial, organizá-la, processá-la cognitivamente e expressá-la posteriormente. Estas limitações traduzem-se em dificuldades para resolver com êxito tarefas que exigem o manuseamento de conceitos e ideias abstratas” (p. 15).

De acordo com Rodrigues e Antunes (2014), as crianças com PHDA, relativamente a outras, revelam mais predisposição em estar atentas a vários estímulos e ao mesmo tempo, mas também evidenciam maiores obstáculos no processamento de estímulos verbais. Para os mesmos autores, o défice de atenção destes alunos relaciona-se, sobretudo, com as tarefas fastidiosas e continuadas no tempo, já a falta de memória proporcionam vários problemas, nomeadamente, na interpretação de textos, organização das tarefas escolares, pensamento lógico e sequencial, cumprir instruções mais complexas e na expressão verbal.

De acordo com Antunes (2012), a PHDA associa-se com regularidade às dificuldades de leitura, a Dislexia, e às dificuldades na escrita, a Disortografia.

Rodrigues e Antunes (2014) referem que

“ Entre as crianças com PHDA:

- 60% tem dificuldades na escrita
- 30% tem dificuldades na leitura
- 30% tem dificuldades no cálculo
- 40% tem comportamentos de oposição e desafio
- 35% tem perturbação de ansiedade” (p. 79).

Segundo García (2001), a criança com PHDA evidencia um baixo nível de autoestima e, em parte, como consequência dos conflitos constantes com o meio social e das suas experiências de fracasso. Schweizer e Prekop (2001) consideram que “uma criança com baixa estima de si vem a ter problemas na escola na sua qualidade de membro de um grupo” (p. 17).

Os alunos com PHDA, a destacar os que apresentam sintomas de impulsividade e da atividade motora em excesso, revelam dificuldades em relacionar-se com os colegas, apresentam condutas disruptivas, por desrespeito à autoridade, por não cumprimento de normas e por problemas comportamentais (DuPaul & Stoner, 2007). Pais, professores e colegas descrevem estas crianças como “agressivas e abusivas em situações sociais, perturbadoras, dominadoras, inconvenientes e socialmente rejeitadas, especialmente se forem rapazes” (Lopes, 2004, p. 104). As crianças com esta perturbação têm um comportamento social conturbado para com os seus colegas, pois o seu cumprimento social é perturbado devido aos seus comportamentos serem impulsivos e desatentos (DuPaul & Stoner, 2007).

2.1. Percurso escolar e a evolução das consequências da PHDA

Segundo Antunes (2012), o diagnóstico da criança com PHDA é mais difícil quando há um défice moderado ou ligeiro. Geralmente, as "crianças com PHDA menos marcada" (p. 161), só quando entram para o ensino básico é que revelam as suas dificuldades. Na opinião do mesmo autor, "A necessidade de organizarem cadernos e trabalhos, permanecerem sentadas e focadas durante um período de tempo relativamente prolongado, prova ser condição superior às forças destas crianças" (p. 161). Apesar de algumas dessas crianças não serem muito agitadas, "necessitam de um estímulo constante para se fixarem na tarefa, dado que frequentemente absortas nos seus

pensamentos, que tendem a vaguear para fora da sala de aulas, atrasam-se na realização dos trabalhos ou em passar a informação do quadro para o caderno" (Antunes, 2012, p. 161).

Algumas dificuldades manifestadas por 10 % de crianças com idade inferior a três anos, como a irritação, a irrequietação motora, a exagerada excitação e o não estarem calmas, exigem vigilância, pois a investigação mostra que, muito frequentemente, se relacionam com o diagnóstico da PHDA nos anos seguintes (Rodrigues & Antunes, 2014).

Na idade pré-escolar, ou seja, entre os quatro e seis anos de idade, normalmente, estas crianças manifestam dificuldade ao nível de autocontrolo. Numerosas vezes, têm atitudes agressivas com as outras crianças e, também, revelam dificuldade em partilhar e brincar de forma cooperante (Parker, 2011). Dos educadores destas crianças, surgem várias queixas, por exemplo, circulam pela sala sem autorização, estorvam as atividades dos colegas, evidenciam ser mandões e exigentes, falam excessivamente (Rodrigues e Antunes, 2014). Estes educadores, frequentemente, elaboram relatórios indicando que a criança não está preparada para transitar para o 1.º ciclo, no entanto, após um ano adicional na pré-escola o problema persiste (Parker, 2011).

De acordo com Rodrigues e Antunes (2014), a partir do momento em que esta criança atinge a idade escolar e entra definitivamente na aprendizagem, para os pais é o início das queixas relativas aos obstáculos nas aprendizagens dos seus filhos. Segundo os mesmos autores, entre 20% a 35% das crianças com PHDA mostram dificuldades de leitura, de organização com material escolar e de completar tarefas. No primeiro ciclo, os problemas manifestados por crianças com PHDA podem crescer à medida da realização de tarefas que exigem maior concentração, organização e motivação. É nesta fase, que os sintomas da perturbação por défice de atenção podem tornar-se mais evidentes, pois são crianças mais paradas do que as suas parceiras hiperativas. (Parker, 2011)

No segundo ciclo, os alunos com PHDA revelam muita falta de atenção, passividade e desorganização (Parker, 2011). Ao aproximar-se a puberdade e no terceiro ciclo, alguns alunos com esta perturbação evidenciam sintomas de depressão e fraca autoestima, consequência dos raros sucessos escolares e nas relações, sociais e

familiares, alcançados ao longo da infância (Rodrigues & Antunes, 2014). Parker (2011) salienta que ao longo do primeiro e segundo ciclos, estes alunos ouviram críticas dos professores e dos pais, viveram repetida frustração, insucesso académico e rejeição social.

De acordo com Parker (2011), no terceiro ciclo e ensino secundário todo o aluno tem mais disciplinas e necessita de bons hábitos de estudo, pois tem mais atividades para organizar. De acordo com o mesmo autor, o aluno para gerir as exigências do dia-a-dia necessita de muita concentração, esforço e persistência, e um aluno com PHDA, muitas vezes, “realiza apressadamente o seu trabalho, dando muito pouca importância à boa apresentação, à precisão ou à conclusão de trabalhos na escola. O aborrecimento instala-se rapidamente e as tarefas, que eram mal toleradas nos anos de escolaridade iniciais, tornam-se dolorosamente aborrecidas e irrelevantes nas mentes” (p. 54) destes adolescentes com PHDA, “que se sentem seduzidos por coisas mais interessantes para fazerem, como namorar, conduzir, etc.” (p. 54).

Segundo Rodrigues e Antunes (2014), “Cerca de 29% destes adolescentes chumbam pelo menos um ano, 46% são suspensos e 10% expulsos da escola. Cerca de 10% destes adolescentes desiste dos estudos” (p. 55). Alguns adolescentes rejeitam o diagnóstico de PHDA e não querem tomar a medicação. (Parker, 2011)

Rodrigues e Antunes (2014) referem que, entre os sete e nove anos de idade é realizado, uma grande parte dos diagnósticos das crianças com PHDA. Vulgarmente, os efeitos de uma PHDA não diagnosticada surgem na adolescência: “baixa autoestima e fraca imagem de si próprio, desmotivação para o trabalho escolar, depressão, o que associado a impulsividade leva com frequência a comportamento de risco” (Antunes, 2012, p. 163).

De acordo com Rodrigues e Antunes (2014), a investigação mostra que as amizades das crianças com PHDA não são muito correspondidas, vulgarmente estas crianças são desprezadas e recusadas e que existem muitos casos de bullying cujo agressor ou o agredido é uma criança com esta perturbação.

Rodrigues e Antunes (2014) dizem-nos, de acordo com algumas investigações, que os adolescentes com PHDA “diferem de forma significativa dos seus pares no abuso de álcool e tabaco” (p. 55) e “que, entre os 19 e os 27 anos, cerca de 60% dos

indivíduos tenham sido suspensos da escola por períodos variáveis, e cerca de 13% tenham sido excluídos. Cerca de 30% destes indivíduos não completa o secundário. As suas classificações académicas são inferiores às dos seus pares e ainda que frequentam o ensino universitário, apenas uma minoria o completa” (p. 57).

3. Intervenção em contexto escolar

Na PHDA não existe um défice de capacidade cognitiva (Rodrigues & Antunes, 2014), mas as suas características nucleares podem colocar, no contexto escolar, várias dificuldades aos alunos com essa perturbação (Lopes, 2004). Pois, segundo Rodrigues e Antunes (2014), os sintomas intrometem-se com a assimilação de conhecimento e evolução de aptidões, assim dificultam o desempenho escolar e, naturalmente, o alcance do sucesso escolar. No entanto, os mesmos autores salientam que, o insucesso escolar destes alunos advém da combinação entre o contexto escolar e os fatores biológicos.

Os alunos com PHDA apresentam dificuldades nas interações sociais com os vários elementos da comunidade escolar devido aos seus problemas comportamentais (Rodrigues & Antunes, 2014). Estas questões têm implicações, ao nível da sua adaptação futura em sociedade (Lopes, 2004).

Relativamente ao aluno com PHDA, a apreciação do impacto dessa perturbação tem de ser compreendida não só pelos resultados escolares, pois alguns desses alunos podem merecer intervenção apesar de alcançarem resultados escolares considerados razoáveis, por apresentarem potencial superior ou por estes resultados serem conseguidos com excesso de esforço da parte do aluno e dos pais (Antunes, 2012).

Rodrigues e Antunes (2014) consideram que a intervenção em contexto escolar tem de ser apropriada ao aluno com PHDA e praticável, no entanto, consideram que o plano para essa intervenção deve conter

alguns dos seguintes domínios:

- 1) A Educação/ Formação dos Professores através de sessões de sensibilização e formação. (...)
- 2) Colaboração entre Casa e Escola ou os Programas Escola/ Casa têm como objectivo formar parcerias com aplicação de técnicas específicas de modificação de comportamento. (...)

3) A Intervenção Comportamental é outra das áreas fundamentais de intervenção no contexto escolar, e inclui a modificação de contextos e currículo. (...) (pp. 115-116).

Para uma intervenção em contexto escolar com sucessos, entre a família do aluno com PHDA e a escola tem de existir uma eficiente cooperação, pois é necessário dialogar sobre o comportamento e as aprendizagens do aluno e, também, sobre os efeitos dos medicamentos (Rodrigues & Antunes, 2014).

É indispensável que os professores frequentem formações e “ outras unidades curriculares científicas que visem qualificar, aperfeiçoar e desenvolver competências transversais, que ajudem o professor no seu processo de reflexão” (Antunes, Rosa, Afonso, Silva & Neto, 2013, p.1) no âmbito desta problemática. Pois, de acordo com os mesmos autores, o aluno com esta perturbação “revela-se um desafio diário para o professor, impulsionando-o para inúmeras reflexões sobre as suas metodologias e atitudes pedagógicas. Assim, a flexibilidade e adaptação progressiva do ensino poderá trazer benefícios cada vez mais individualizados ao modo de aprendizagem do aluno” (p.1).

Rief e Heimburge (2006) salientam a necessidade dos professores em obter “formação contínua em áreas como estratégias de ensino, estruturação, modificações ambientais, adaptações curriculares e apoios” (p. 188), para melhor conseguir ajudar todos os alunos a alcançar o sucesso.

3.1 Estratégias de intervenção

Muitos autores apresentam sugestões de estratégias de intervenção na escola para o sucesso dos alunos com PHDA. No entanto, segundo Rief e Heimburg (2003) os professores têm de analisar quais os fatores que necessitam de ser ajustados ou modificados, de forma a estes alunos alcançarem sucessos, por exemplo, institucionais, ambientais, organizacionais, gestão de comportamentos, avaliação.

Para Rodrigues e Antunes (2014), “as estratégias de modificação do contexto educativo” (p. 157), adequadas aos alunos com PHDA, “incluem: onde sentar o aluno, organização do espaço e método de trabalho, organização de aula (materiais e tempos pedagógicos) ” (p. 157). Os mesmos autores também salientam a intervenção

comportamental com esses alunos, consideram que esta passa por aumentar as ações adequadas e reduzir as indesejadas e, para tal, utilizam-se estratégias que “incidem no uso ilimitado de reforços positivos, contratos comportamentais, de quadros de reforço, da retirada de reforços, de sinais de automonitorização, entre outros” (p. 160). Comparando com os seus pares, estes alunos precisam de uma maior e constante monitorização do seu comportamento e, também, necessitam de sinais para se aguentarem controlados e com motivação (Rodrigues & Antunes, 2014).

Para uma intervenção comportamental no contexto escolar e eficaz, de acordo com Lopes (2004) e DuPaul e Stoner (2007), é necessário uma avaliação intransigente das dificuldades reveladas pelos alunos com PHDA na sala de aula para, assim, serem planeadas estratégias de intervenção adequadas. Segundo os mesmos autores, estes alunos também precisam de: feedback consecutivo e constante; uso de reforços positivos em conjunto com as reprimendas; que o desempenho académico seja o foco da intervenção e não os seus comportamentos desajustados; que sejam utilizadas as suas atividades preferidas como reforços positivos; negociar, com o professor, as regalias das quais poderá beneficiar na sala de aula.

Parker (2011) expõe por “áreas de dificuldade, exemplos de adaptações e de mudanças que os professores podem fazer, para corresponderem às necessidades de alunos com” (p. 93) PHDA. Alguns desses exemplos constam na figura 8.

Desatenção	<ul style="list-style-type: none">➤ Sentar a criança numa zona sem agitação, junto a um colega para estudar;➤ Permitir mais tempo para terminar as tarefas;➤ Repartir tarefas longas em partes mais pequenas;➤ Atribuir um trabalho de cada vez;➤ Diminuir a quantidade de trabalhos de casa.
Impulsividade	<ul style="list-style-type: none">➤ Solicitar a criança apenas quando tem a mão levantada;➤ Evitar censurar ou criticar;➤ Sentar a criança junto de alguém bem-comportado ou professor.
Atividade motora	<ul style="list-style-type: none">➤ Permitir a criança levantar-se, algumas vezes;➤ Ocasionalmente em que haja “pausas” no trabalho;➤ Supervisionar.

Humor	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Encorajar e incentivar; ➤ Falar calmamente; ➤ Procurar aliviar pressões ou alterações comportamentais repentinas; ➤ Elogiar os comportamentos adequados.
Competências académicas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facultar tempo de leitura extra, se necessário; ➤ Precaver a leitura em voz alta; ➤ Eleger, em termos orais, assuntos alcançáveis; ➤ Compor, se necessário, testes com questões para completar ou de escolha múltipla; ➤ Autorizar a utilização da calculadora, se necessário.
Organização/Planificação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cooperar com os pais; ➤ Entregar à criança um bloco onde aponte as tarefas que deve fazer; ➤ Enviar regularmente relatórios para casa; ➤ Não criticar a má caligrafia, caso a doença afete a função visual-motora; ➤ Incentivar o uso do teclado; ➤ Ajudar a criança a estabelecer metas.
Conformidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desconsiderar comportamentos desajustados menos graves; ➤ Facultar retorno imediato.
Socialização	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Supervisionar ligações sociais; ➤ Incentivar trabalhos com outros colegas; ➤ Ajudar a que os outros alunos tenham opinião positiva da criança; ➤ Criar metas para comportamentos sociais.

Figura 8 - Exemplos de adaptações e de mudanças para professores de alunos com PHDA (Parker, 2011).

Para Rodrigues e Antunes (2014), dentro das estratégias de modificação curricular e pedagógica, adequadas aos alunos com PHDA,

as mais importantes são a alteração das formas de instrução (objectiva e curta e muito visual), a modificação de tarefas (mais curtas e menos complexas), a gestão dos TPC (simples e rápidos, fundados naquilo que já sabemos que a criança sabe fazer e não naquilo que não conseguiu terminar na sala de aula); a gestão dos hábitos de estudo (sublinhar, retirar informação de um texto, iniciar uma resposta); e a alteração dos

métodos de avaliação (mais oral que escrita, provas avaliativas divididas em partes e sequenciais) (p. 162).

Segundo Correia (2013), as estratégias de ensino quando adequadas às necessidades dos alunos, conduzem ao sucesso. Mastropieri e Scruggs (1994) consideram alguns fatores que devem ser considerados pelo professor quando tem um aluno com NEE, apresentamos alguns desses exemplos: A colocação desse aluno na sala de aula; A apresentação da nova informação deve atender à estrutura, clarificação, redundância, entusiasmo, ritmo apropriado e envolvimento máximo; Benefício na aprendizagem do aluno quando utilizadas experiências multissensoriais; Se necessário, fazer adaptações nas tarefas de leitura; A necessidade de aulas com mais intervalos; a importância da diversificação de métodos de ensino; Realçar os pontos mais importantes com um maior número de explicações a estes alunos; Contributo das tecnologias de apoio no progresso académico (cit. in Correia, 2013).

Segundo Correia (2013), para o desenvolvimento das aprendizagens de um aluno com necessidades educativas especiais é necessário que as práticas de ensino sejam eficazes. Para o sucesso desses alunos, o professor deve efetuar adaptações nas estratégias de ensino reconhecendo às etapas da aprendizagem (aquisição, proficiência, manutenção e generalização).

De acordo com Perraudeau (2006), aprendizagem é uma das palavras mais difíceis de definir na área da educação e, muitas vezes, os termos aprender e compreender são confundidos. O mesmo autor refere que, a aprendizagem, segundo Klausmeier (1915), é um processo ou operação, inferida de mudanças relativamente permanentes no comportamento, resultantes da prática.

Para René La Borderie (1998), citado por Perraudeau (2006), “o termo aprendizagem engloba na realidade atividades mais complexas do que as ligadas ao aprender: por detrás deste conceito reagrupa-se assim tudo aquilo que está ligado ao entendimento; é por isso que algumas pessoas preferem distinguir estas duas atividades e falam, por um lado, de aprendizagem e de compreensão, por outro” (p. 15).

Segundo Dunn, Beaudry, e Klavas (1989), citado por Rief e Heimborge (2006), “O estilo de aprendizagem traduz-se num conjunto de características pessoais, biológica e desenvolvimentalmente estabelecidas, que leva a que um mesmo método de ensino seja eficaz para uns e ineficaz para outros. Cada indivíduo apresenta um estilo de

aprendizagem – tão individual quanto a respectiva assinatura” (p. 19). De acordo com os mesmos autores, a nossa forma de processar a informação, de pensar, a maneira como nos comportamos e como abordamos a aprendizagem são afetadas pelos estilos de aprendizagem

Para Rief & Heimburge (2006), a maioria das pessoas têm os seus pontos fortes e exibem predileção por aprender e processar informação atendendo a diferentes modalidades: auditiva, visual, tátil-cinestésica, analítica e global. De acordo com o mesmo autor, a que se adequa aos alunos com PHDA é a modalidade Tátil-Cinestésica, uma vez que encontram o seu processo de aprendizagem facilitado se puderem recorrer a atividades que solicitem o seu envolvimento direto e que impliquem fazer e tocar. A prática pedagógica que utiliza métodos tradicionais representa mais dificuldades para o aluno com PHDA porque exige uma maior auto-regulação do que os métodos mais ativos (Rodrigues & Antunes, 2014).

Na opinião de Barkley (2008), se houver uma favorável perceção do professor sobre o aluno e uma boa relação entre estes, o aluno com PHDA poderá melhorar o seu desempenho académico e social. Rodrigues e Antunes (2014) dizem-nos “ Deixamos algumas palavras-chave que podem ser úteis na sua intervenção: Empatize, Abordagem Colaborativa; Reforço Positivo; Aqui e agora; Persistência, Coerência, Consistência, Gestão de Expectativas; e Conhecimento da natureza do problema” (p. 168).

Capítulo 3:

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção um tema atual e controverso

1. PHDA um tema atual e controverso

A PHDA é um dos problemas de saúde mais investigados em todo mundo e por profissionais de várias áreas (Fernandes, 2015). Também, é um dos distúrbios de desenvolvimento da infância e adolescência mais discutidos (Lopes, 2004).

Em França a PHDA atinge entre 3-5% de crianças em idade escolar. Já em 2015, após intensos debates no decorrer de dois anos, foi enunciado o reconhecimento oficial desta perturbação pela Alta Autoridade de Saúde desse país (HAS, terminologia francesa). No Brasil a divulgação e informação da PHDA surge de associações resultantes da organização dos especialistas (Ramalho, 2015).

Na Alemanha, no ano 2012, o semanário Der Spiegel divulga um artigo, no qual realça o surgimento de doenças mentais na população e onde refere que o psiquiatra Leon Eisenberg, durante a sua última entrevista, sete meses antes da sua morte, disse „ADHS ist ein Paradebeispiel für eine fabrizierte Erkrankung“ (Blech, p.128). Esta frase gerou vários debates na internet e, em muitos sites, a PHDA é referida como um excelente exemplo de doença fictícia ou fabricada.

Alguns pesquisadores e médicos defendem que o que Eisenberg queria afirmar, é que a PHDA é diagnosticada em excesso. Um deles, de acordo com uma entrevista publicada no Spiegel Online Internacional em 2012, Jerome Kagan, psicólogo infantil de Harvard, critica a falta de cuidado no diagnóstico de TDAH considerando que muitas das crianças com o diagnóstico da perturbação não tem o metabolismo da dopamina anormal e, também, menciona que o diagnóstico significa mais dinheiro para a indústria farmacêutica, psiquiatras e pesquisadores (Spiegel Online International, 2012).

Segundo Silva (2015), a ideia de que esta perturbação foi inventada por Eisenberg é errada, pois “Nem precisava: a PHDA sempre existiu e foram encontrados relatos médicos que descrevem muito bem estes sintomas pelo menos desde o século XVIII” (p. 2).

Na opinião de Novais (2014), “o aumento da incidência de crianças diagnosticadas com PHDA tem levantado a questão do sobrediagnóstico, ou seja, de estarem a serem realizados diagnósticos a crianças ou adolescentes sem esta perturbação” (p. 40).

No dizer de Filipe (2013), diretor científico do Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn) em Cascais, “É grande a importância de diagnosticar e tratar a PHDA. O tratamento adequado não só diminui os sintomas da perturbação, como restitui à pessoa a possibilidade de usar as capacidades que realmente tem” (p. 1). Silva (2015) expressa que o “tratamento tem de ser estabelecido por uma pessoa com experiência nesta área, com monitorização dos efeitos e reajustes ao longo do tempo” (p. 2).

O psiquiatra Álvaro Carvalho (2014, cit. in Lusa, 2014), psiquiatra coordenador do Programa Nacional para a Saúde Mental, na apresentação do relatório "Portugal - Saúde Mental em Números 2014" censura a existência de "crianças e adolescentes medicadas com metanfetaminas para supostas hiperatividades" alcançadas em "diagnósticos rápidos feitos por educadores, professores e pais” (p. 1).

José Boavida Fernandes, Pediatra do Neurodesenvolvimento Responsável da Consulta de Hiperatividade do Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, apresenta diversos motivos para que na última década tenha aumentado o uso de metilfenidato (MPH):

- 1-A PHDA é uma patologia altamente prevalente e a sensibilidade para o problema, por parte de pais, professores, médicos de família, pediatras, pedopsiquiatras, neuropediatras e da sociedade em geral, tem aumentado significativamente.
- 2- O nível da exigência e competitividade do ensino é hoje consideravelmente superior ao de há alguns anos (em contraste com uma redução dos apoios educativos).
- 3-O MPH tem grande eficácia, com excelente tolerância e só está disponível em Portugal desde há menos de 12 anos (final de 2003).
- 4- O número de consultas especializadas em Portugal, aumentou exponencialmente na última década, provavelmente mais do que a prescrição de MPH. Inicialmente apenas os serviços de neuropediatria ou pediatria dos grandes centros, importavam o MPH diretamente. Com a introdução do fármaco no mercado e a adesão dos serviços de pedopsiquiatria, inicialmente renitentes à terapêutica com psicoestimulantes, pela criação de consultas de neurodesenvolvimento em todos os serviços de pediatria, com a disseminação de centros de desenvolvimento privados por todo o País, “democratizou-se” e generalizou-se a nível nacional, o acesso de crianças com PHDA a serviços especializados.

5- O aumento previsível nos próximos anos do uso por crianças e jovens do sexo feminino. Tradicionalmente a ênfase e a justificação para o uso do MPH, residia nos comportamentos disruptivos e nos seus efeitos no funcionamento da sala de aulas. Cada vez mais se conclui que o défice de atenção é o problema com mais impacto na progressão escolar e as raparigas, por serem essencialmente desatentas, têm sido alvo de subdiagnóstico, situação que está gradualmente a ser corrigida.

6- Só recentemente o MPH foi aprovado para uso nos adultos e só agora começam a surgir nalguns serviços de psiquiatria, consultas de hiperatividade para adultos, ainda de forma muito residual, sendo espectável um aumento de prescrição nesta faixa etária” (Fernandes, 2015, p. 1).

O Médico João Gomes Pedro (2015, cit. in Lusa, 2015), especialista em desenvolvimento infantil, advertiu que “a hiperatividade está mal diagnosticada em Portugal, havendo muitas crianças que tomam medicação sem necessidade enquanto outras deviam tomar e não o fazem” (p. 1). Na opinião de Lobo Antunes (2013, cit. in Gatinho, 2013) “Medicar a mais é um pecado, mas não medicar quem podia ser ajudado é igualmente um pecado (...) ao contrário do que se diz, o número de crianças medicadas é muito inferior àquelas que necessitariam e este é mais frequente que o primeiro” (p. 20).

1.1. Conclusões de estudos atuais

Algumas conclusões de um estudo português foram apresentadas na publicação do boletim Infarmed Noticias de Maio 2015. Nesse estudo os dados utilizados foram as embalagens de metilfenidato (MPH) e atomoxetina prescritas e dispensadas a utentes do Serviço Nacional de Saúde, entre 2003 e 2014, e teve como base a população com idades compreendidas entre os 5 e os 19 anos, e a “utilização foi expressa em Doses Diárias Definidas (DDD) por 1000 habitantes Dia” (Furtado, 2015, p. 14).

Este estudo revela que:

- no ano 2014, o MPH atingiu cerca de 13,4 doses diárias definidas por 1000 habitantes Dia e atomoxetina apresenta uma utilização de 0,001 doses diárias definidas;
- a maioria da prescrição do MPH, de acordo com a figura 9, resulta nos cuidados privados e hospitais públicos, isto é, cuidados especializados;

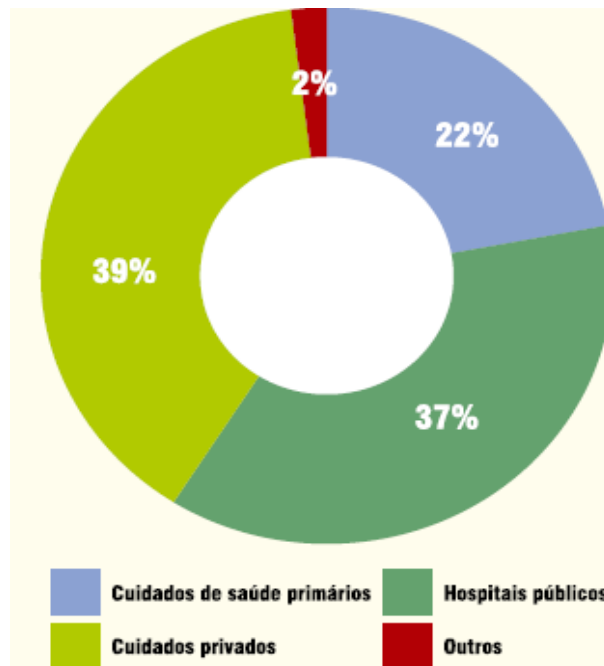


Figura 9 – Distribuição por tipo de local de prescrição de MPH (Furtado, 2015, p. 15).

- “assimetrias regionais nos níveis de utilização de Metilfenidato” (p. 15) e, de acordo com a figura 10, os distritos com maiores níveis de prescrição de MPH são Viana do Castelo e Viseu e com menores níveis de prescrição são Bragança, Vila Real e Beja; Viana do Castelo, Viseu e Guarda são os distritos com maior peso da prescrição do MPH efetuada nos cuidados de saúde primários, com valores acima da média nacional (Furtado, 2015).

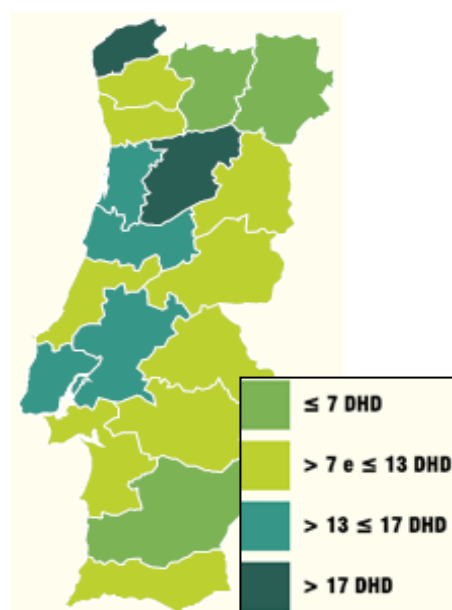


Figura 10 - Prescrição de MPH por distritos (Furtado, 2015, p. 15).

Nos Estados Unidos, em 2012, foram publicadas as conclusões de um estudo realizado pela Faculdade de Medicina Feiberg, da Universidade de Northwestern, a respeito do diagnóstico e tratamento da PHDA em jovens menores de 18 anos que decorreu entre os anos 2000 - 2010 e teve como base os dados do Índice de Saúde Nacional de Doença e Tratamento.

Esse estudo permitiu observar um aumento do número de casos de 66%, passou de 6,2 milhões para 10,4 milhões, e que o uso de drogas psicoestimulantes diminuiu de 96% para 87% em relação a todos os tratamentos recomendados. Os pesquisadores observaram que os medicamentos mais utilizado para o tratamento desta perturbação foram as drogas psicoestimulantes e que a maioria do diagnóstico foi dada por clínicos gerais ou médicos de cuidados primários, no entanto, registou-se um aumento no atendimento feito por especialistas de 24% para 36% (Veja, 2012).

Uma investigação realizada por pesquisadores da uma organização sem fins lucrativos dos Estados Unidos, com base em dados recolhidos entre 2001 e 2011 nos registros médicos de 824.830 crianças da Califórnia com idades compreendida entre os 5 e 11 anos, indica um aumento de 24% do número de crianças com diagnóstico de PHDA e que nos meninos é três vezes mais comum relativamente às meninas (Veja, 2013).

Em 2015 foi divulgado um estudo, coordenado por Soeren Dalsgaard da Universidade de Aarhus da Dinamarca, realizado desde 2013 e junto de dois milhões de dinamarqueses, das quais, 32 mil pessoas com PHDA desde o nascimento. De acordo com o publicado, a probabilidade de morte prematura das pessoas com PHDA é duas vezes maior em relação às pessoas que não têm esse diagnóstico, sendo nas mulheres maior o risco, ao longo do período da investigação, morreram 107 pessoas com PHDA (Sic Notícias, 2015).

Na área das ciências da educação, têm sido desenvolvidos muitos estudos, nacionais e internacionais, dedicados à compreensão das percepções dos professores sobre a PHDA e ao conhecimento das suas práticas face aos alunos com essa perturbação. Os resultados desses estudos revelam que este conjunto de pesquisas é muito pouco consensual. De acordo com a análise de alguns estudos realizados em Portugal nos últimos sete anos, apresentamos alguns resultados nas figuras 11 e 12.

Resultados		
		Autores
Grau de informação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 66,4 % dos professores indicam que têm pouca informação e 24,5% consideraram-na como suficiente ; ➤ 70% dos professores indicam que têm pouca ou nenhuma informação; ➤ 28,3% dos professores indicam que têm pouca informação e 50,9% consideraram-na como suficiente ➤ 13,3% dos professores afirmam não ter nenhum conhecimento e 49,3% consideram-se pouco informados 	<p>Lourenço, 2009</p> <p>Cariano, 2010</p> <p>Espada, 2011</p> <p>Simões, 2013</p>
Tipo de Formação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 55,5% referem ter adquirido algum conhecimento através de leituras e conferências e 22,7% referem não ter qualquer tipo de formação; ➤ 34 % referem ter adquirido algum conhecimento através de Cursos breves e ações pontuais e 5,7% referem não ter qualquer tipo de formação ➤ 36, 9% da amostra não teve nenhum tipo de formação e 21,5% referem ter adquirido algum conhecimento através de leituras e conferências 	<p>Lourenço, 2009</p> <p>Espada, 2011</p> <p>Simões, 2013</p>
Características	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Característica mais valorizada pelos participantes do estudo foi o “Défice de Atenção”; ➤ Característica mais valorizada pelos participantes do estudo foi o “Hiperatividade”. 	<p>Lourenço, 2009; Simões, 2013; Espada, 2011</p> <p>Cariano, 2010</p>
Prevalência	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria dos participantes referiram que a PHDA “é mais comum nos rapazes do que nas raparigas” 	<p>Lourenço, 2009; Espada, 2011;; Simões, 2013</p>
Causas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria dos professores indica que são os “Factores Genéticos” a causa principal desta perturbação, seguindo os “Factores Biológicos” e depois os “Factores Ambientais”; ➤ 26,7% dos professores indicam os "Factores Neurológicos , 22,8% "Factores associados ao funcionamento familiar" e 	<p>Lourenço, 2009.</p> <p>Júlio, 2009</p>

	<p>16,7% indicaram "Fatores Genéticos";</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria dos participantes consideram os "Factores Biológicos" como a causa principal desta perturbação, seguindo os "Factores Genéticos" e depois os "Factores Ambientais"; ➤ 25,0% dos professores referem "Fatores Genéticos", 18,3% "Factores Biológicos" e 10% dos professores referiram os "Factores Ambientais" e o "Excesso de TV e de Play-Station"; ➤ 37,6% dos professores referem "Fatores Genéticos", 18,8% "Factores Ambientais", 16,4 % "Factores Biológicos" e 13,9% "Estilos parentais". 	<p>Espada, 2011</p> <p>Santos, 2012</p> <p>Simões, 2013</p>
Evolução	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria dos participantes considera que a PHDA não desaparece com o tempo; ➤ A maioria dos participantes considera que a PHDA desaparece com o tempo. 	<p>Lourenço, 2009; Espada, 2011; Simões, 2013</p> <p>Santos, 2012</p>
Profissionais que devem realizar o diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria dos participantes refere que deve ser o "Psicólogo" a realizar o diagnóstico, o "Médico", aparece logo a seguir; ➤ De uma maneira geral, os professores referem que deve ser o "Médico" a realizar o diagnóstico; ➤ A maioria dos participantes refere que deve ser o "Psicólogo" a realizar o diagnóstico, seguido pelo "Professor do Ensino Especial" 	<p>Lourenço, 2009; Couto, 2012</p> <p>Simões, 2013</p> <p>Espada, 2011</p>
Problemas associados à PHDA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A grande maioria dos professores considera que existem outros problemas; ➤ A maior parte dos docentes indica, que a PHDA não está associada a outros problemas. 	<p>Lourenço, 2009; Espada, 2011; Santos, 2012</p> <p>Simões, 2013</p>
Formas de intervenção mais benéficas para criança/adolescente com PHDA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os professores identificam como formas de intervenção mais benéficas a "Colaboração pais- escola" seguida das "Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico"; ➤ Formas de intervenção consideradas mais benéficas pelos professores, a 	<p>Lourenço, 2009; Simões, 2013</p> <p>Espada, 2011</p>

	<p>“Colaboração pais- escola” seguida da “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula”;</p> <p>➤ Os professores identificam como formas de intervenção mais benéficas a “Colaboração pais- escola” seguida da “Medicação”.</p>	Couto, 2012
--	---	-------------

Figura 11 - Síntese de estudos portugueses relativamente ao conhecimento e às perceções dos professores sobre a PHDA.

A PHDA, na opinião de Antunes (2012), “De todas as perturbações do desenvolvimento, esta é seguramente aquela em relação à qual todos têm uma opinião” (p. 147), no entanto, os professores necessitam de conhecer esta perturbação para uma adequada e eficaz intervenção em contexto escolar, quando perante alunos com esta problemática, pois “O papel do professor é fundamental” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 166).

Resultados		
		Autores
Características que mais perturbam a vida escolar das crianças com PHDA	<p>➤ Os professores indicam sobretudo o item “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades”, seguido do item “Distraem-se facilmente com estímulos irrelevantes” e por fim “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares”;</p>	Lourenço, 2009
	<p>➤ 64,2% dos professores indicam “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades” e “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes”, enquanto 37,7% referiram “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares” e 35,8% “Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas”;</p>	Espada, 2011
	<p>➤ A maioria dos professores aponta: tem dificuldades em manter a atenção nas tarefas e actividades; não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (não</p>	Santos, 2012

	<p>devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções); distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado; anda ou atua como se estivesse sempre ligado a um motor;</p> <p>➤ Os professores apontam os itens “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades”, “Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes” e “Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado”</p>	Simões, 2013
Características que menos perturbam a vida escolar das crianças com PHDA	<p>➤ Os professores inquiridos indicam como características que menos perturbam os alunos com PHDA, seguintes itens: “Esquece-se das atividades quotidianas”, “Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer” e “Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares”;</p>	Simões, 2013
Problemas que provocam maior desadaptação no contexto escolar	<p>➤ Os professores participantes consideram, como os problemas que provocam mais desadaptação, as “Dificuldades de aprendizagem” seguindo-se a “Dificuldade na relação com os pares” e depois o “Não aceitar e respeitar as regras”;</p> <p>➤ Os docentes inquiridos indicam, como os problemas que provocam mais desadaptação, a “Pouca persistência e baixa motivação” seguindo-se tanto o “Não aceitar e respeitar as regras” como as “Dificuldades de aprendizagem”.</p>	<p>Lourenço, 2009; Simões, 2013</p> <p>Espada, 2011</p>
Atitudes do professor	<p>➤ Os professores participantes consideram como prioritário “Encaminhar para um técnico especializado” seguido de “Manter um contacto mais frequente com a família”;</p> <p>➤ Os docentes inquiridos dão extrema</p>	<p>Lourenço, 2009; Espada, 2011</p> <p>Couto, 2012;</p>

	<p>importância aos itens “Encaminhar para um técnico especializado” e “Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias”;</p> <p>➤ Os professores participantes consideram como prioritário “Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola” seguindo de “Encaminhar o aluno para o apoio educativo”, no entanto, o item menos significativo para estes professores é “Encaminhar para um técnico especializado”.</p>	<p>Simões, 2013</p> <p>..Santos, 2012</p>
<p>Estratégias de Intervenção utilizadas em contexto escolar</p>	<p>➤ Como estratégias de intervenção mais utilizadas os professores participantes indicam a “Supervisão frequente do trabalho”, seguida do item “Dar ao aluno informação suficiente em relação ao trabalho que faz”</p> <p>➤ Os professores inquiridos, relativamente às estratégias de intervenção, consideram que utilizam mais a “Supervisão frequente do trabalho”, as “tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas” e a “organização da sala de aula”</p> <p>➤ Como estratégias de intervenção mais utilizadas os professores participantes indicam o “Biofeedback”, a “Supervisão frequente do trabalho”, o “Organização da sala de aula” e as “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas”</p>	<p>Lourenço, 2009</p> <p>Simões, 2013</p> <p>Espada, 2011</p>

Figura 12 - Síntese de estudos portugueses relativamente às perceções dos professores sobre a PHDA em contexto escolar e respetivas práticas.

De acordo com Rodrigues e Antunes (2014), “A ferramenta mais importante de um professor é a sua atitude, que se quer positiva e de colaboração” (p. 166).

A investigação entre o conhecimento dos professores e seu tempo de serviço apresenta resultados diferentes. No estudo de Couto (2012) não existem diferenças entre o conhecimento dos professores independentemente da experiência profissional. A autora Lourenço (2009) indica “que ao nível do conhecimento sobre os aspectos gerais

da PHDA, os docentes inquiridos revelam conhecimento, baseado na experiência" (p.136).

Relativamente às habilitações dos professores, Alvarez (2014) refere que “antigamente uma licenciatura habilitava-os ao exercício da função de lecionar, enquanto o novo modelo de formação em que vivemos preconiza uma formação constante ao longo da vida” (p. 120). De acordo com os resultados obtidos no estudo de Alvarez (2014), “os professores com mais formação na área têm mais conhecimento sobre PHDA” (p. 126) e “os professores com formação sentem-se com maior capacidade e mais instrumentos para lidar eficazmente com a problemática da PHDA relativamente aos que não têm formação” (p. 126).

No estudo realizado por Couto (2012), “Os docentes que consideram o “défice de atenção” como característica que mais prejudica o sucesso escolar assinalam, de facto, a “medicação” e a “terapia psicológica” como formas de intervenção que podem trazer benefícios aos alunos com PHDA” (p. 85).

No estudo realizado por Rodrigues (2013), que envolve uma escola situada numa zona rural e uma outra situada numa zona urbana, os professores da escola urbana estavam mais bem preparados para lidarem com os comportamentos dos alunos com PHDA, devido à aplicação de medidas de intervenção adequadas. No entanto, a investigadora refere que o corpo docente da escola localizada no meio urbano está “mais envelhecido e com mais anos de serviço, o que indica que a experiência e a idade mais avançada são fatores de ponderação e de escolhas mais corretas” (p. 163). Ainda de acordo com as conclusões do estudo realizado por Rodrigues (2013), para os professores “A obtenção de formação foi considerada necessária como veículo para a melhoria da prática educativa junto de alunos com PHDA” (p. 161).

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4:

Apresentação do estudo e Metodologia

1. Problemática e Questão de Partida

Como já foi referido na revisão de literatura:

- A perturbação de hiperatividade e défice de atenção é um problema de saúde pública que atinge cerca de 5-7% da população, está associada a um grande sofrimento e as despesas associadas à PHDA ou a outras doenças crónicas são comparáveis (Antunes, 2012);

- A maioria dos estudos sobre a PHDA indicam que 3 a 5% da população em idade escolar tem esta perturbação e, de acordo com estudos realizados, em Portugal apontam cerca de 4 a 5% de crianças (Rodrigues & Antunes, 2014). De acordo com Neto (2014), Estima-se que existem pelo menos 80 mil crianças com esta perturbação em Portugal:

- As crianças com PHDA apresentam dificuldades comportamentais, em áreas de funcionamento básico, que provocam dificuldades escolares, problemas de atenção, dificuldades no relacionamento interpessoal com os colegas e membros da família e baixa autoestima (Lopes, 2004). Segundo Antunes, Rosa, Afonso, Silva e Neto (2013), o aluno com esta perturbação “revela-se um desafio diário para o professor, impulsionando-o para inúmeras reflexões sobre as suas metodologias e atitudes pedagógicas. Assim, a flexibilidade e adaptação progressiva do ensino poderá trazer benefícios cada vez mais individualizados ao modo de aprendizagem do aluno” (p.1).

De acordo com leitura do exposto e posterior reflexão, nasceu para nós o problema de investigação que formulámos com uma questão. Pois, segundo Sousa e Baptista (2011), “O problema de investigação pode ser formulado com uma pergunta ou com uma proposição” (p. 20).

A pergunta de partida desta investigação:

Quais as percepções e práticas dos professores do ensino básico face aos alunos com PHDA?

2. Objetivos e Hipóteses de Investigação

De acordo com Sousa e Baptista (2011), “O objectivo geral indica a principal intenção de um projecto, ou seja, corresponde ao produto final que o projecto quer atingir” (p. 26). Para respondermos à questão de partida da nossa investigação definimos dois objetivos gerais:

1.º Objetivo Geral - *Conhecer o grau de conhecimento da PHDA por parte dos professores do ensino básico bem como as suas percepções relativamente às características, prevalência, causas, diagnóstico, problemas associados e consequências desta perturbação;*

2.º Objetivo Geral - *Conhecer as percepções dos professores sobre a forma de intervenção mais benéfica para os alunos com PHDA e as estratégias de intervenção mais utilizadas em contexto escolar junto desses alunos.*

A partir destes objetivos gerais traçados, formulámos hipóteses, ou seja, de acordo com Sousa e Baptista (2011), “afirmações acerca das relações entre as variáveis em estudo” (p. 28). As mesmas autoras referem que, “As hipóteses são uma resposta prévia ao problema proposto (...) pois as mesmas são formuladas para que no final da investigação sejam consideradas verdadeiras ou falsa” (p. 27).

As hipóteses formuladas nesta investigação:

Hipótese 1: *O grau de informação anterior dos professores inquiridos sobre PHDA depende do seu género.*

Hipótese 2: *O grau de informação anterior dos professores inquiridos sobre PHDA depende do seu tempo de serviço.*

Hipótese 3: *O tipo de formação anterior dos professores inquiridos sobre PHDA depende das suas habilitações literárias.*

Hipótese 4 - *O nível médio de importância atribuído pelos professores inquiridos à medicação, como forma de intervenção mais benéfica em alunos com PHDA, difere de o “défice de atenção” ser a característica considerada pelos professores como a suspeita de uma situação de PHDA;*

Hipótese 5 - *O nível médio de importância atribuído pelos professores inquiridos à prescrição de medicação como estratégia de intervenção mais benéfica em alunos com PHDA difere segundo o distrito de localização da escola;*

Hipótese 6 - *A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo o seu género;*

Hipótese 7 - *A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo as suas habilitações literárias;*

Hipótese 8 - *A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo a sua experiência docente;*

Hipótese 9 - *A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo o tipo de formação prévia em PHDA;*

Hipótese 10 - *A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo o meio de localização da sua escola.*

3. Variáveis

A escolha do tratamento estatístico adequado torna necessário identificar a natureza das escalas de medida de cada uma das variáveis em estudo. Segundo Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005), as variáveis podem-se classificar em qualitativas e quantitativas. No primeiro caso os dados apresentam propriedades somente nominais e ordinais, enquanto no segundo caso as variáveis apresentam propriedades de intervalo ou razão. No questionário aplicado existe uma predominância de variáveis qualitativas. Apenas se identifica uma variável de natureza quantitativa.

Relativamente à característica que pretendem medir as variáveis em análise agrupamos ainda em três domínios principais:

a) *Caraterísticas socioprofissionais dos professores*: género, idade, habilitações académicas, tempo de serviço, distrito e localização da escola, presença de alunos com PHDA na sala de aula.

b) *Conhecimentos da PHDA por parte dos professores do ensino básico bem como as suas perceções relativamente a esta perturbação*:

grau de informação anterior, tipo de formação anterior, características que levam à suspeição de PHDA, características perturbadoras da vida escolar de alunos com PHDA, prevalência segundo o género e no tempo; causas de PHDA, profissionais responsáveis pelo diagnóstico, outros problemas relacionados com PHDA que provocam maior desadaptação.

c) *Perceções dos professores sobre a intervenção na PHDA e as suas práticas face aos alunos com esta perturbação*: estratégias de intervenção mais benéficas, em sala de aula e em contexto escolar.

A tabela 1 sumaria a natureza das variáveis segundo os três domínios de análise.

Tabela 1 - *Informação das variáveis*

Variáveis em estudo	Escala de Medida	Categorias das variáveis
<i>Caraterísticas socioprofissionais</i>		
<i>Género</i>	Qualitativa Nominal	1-Feminino/2-Masculino
<i>Idade</i>	Quantitativa	-----
<i>Habilitações literárias</i>	Qualitativa Ordinal	1-Bacharelato/2-Licenciatura 3-Pós-graduação /4-Mestrado 5 -Doutoramento
<i>Tempo de serviço docente</i>	Qualitativa Nominal	1-Menos de 5 anos/ 2-De 5 a 10 anos/ 3-De 11 a 20 anos/4-21 anos ou mais
<i>Distrito da escola</i>	Qualitativa Nominal	1-Castelo Branco/2-Portalegre

<i>Localização da escola</i>	Qualitativa Nominal	1-Rural/2-Urbano
<i>Presença de alunos com PHDA na sala de aula</i>	Qualitativa Nominal	1-Sim/2-Não
<i>Conhecimento e Percepção dos Professores sobre a PHDA de crianças em contexto escolar</i>		
<i>Grau de informação anterior</i>	Qualitativa Nominal	0-Nenhum / 1-Pouco / 2-Suficiente /3-Bom
<i>Tipo de formação anterior</i>	Qualitativa Nominal	0-Nenhum/ 1-No curso/ 2-Conderências, etc./ 3-Cursos breves, ações de formação /4-Pós-graduada, especializada
<i>Suspeição de PHDA</i>		
<i>Défice e atenção</i>	Qualitativa Nominal	0-Não/1-Sim
<i>Hiperatividade</i>	Qualitativa Nominal	0-Não/1-Sim
<i>Impulsividade</i>	Qualitativa Nominal	0-Não/1-Sim
<i>Caraterísticas perturbadoras da vida escolar</i> (It. 2.1<--> It.2.18)	Qualitativa ordinal	1- Pouco importante/2-Indiferente/ 3- Importante
<i>Prevalência da PHDA segundo o género</i>	Nominal	1-Nos rapazes/ 2-Nas raparigas/ 3-Igual
<i>Causas da PHDA</i> (It. 4.1<--> It.4.7)	Qualitativa ordinal	1- Pouco importante/ 2-Indiferente /3- Importante
<i>A perturbação desaparece no tempo</i>	Nominal	0-Não/1-Sim
<i>Profissionais responsáveis pelo diagnóstico</i>		
<i>Professor</i>	Qualitativa Nominal	0-Não/1-Sim
<i>Psicólogo</i>	Qualitativa Nominal	0-Não/1-Sim
<i>Professor Ensino Especial</i>	Qualitativa Nominal	0-Não/1-Sim
<i>Médico</i>	Qualitativa Nominal	0-Não/1-Sim
<i>Outro</i>	Qualitativa Nominal	0-Não/1-Sim
<i>Outros problemas relacionados com</i>	Qualitativa Nominal	0-Não/1-Sim

<i>PHDA</i>		
<i>Outros problemas que provocam desadaptação</i> (It. 7.1.1<--> It.7.1.7)	Qualitativa Ordinal	1- Pouco importante/2-Indiferente/ 3- Importante
<i>Práticas dos Professores face à PHDA em contexto escolar</i>		
<i>Estratégias de intervenção mais benéficas</i> (It. 8.1<--> It.8.6)	Qualitativa Ordinal	1- Menos importante a 6- Mais importante
<i>Estratégias de sala de aula</i> (It. 9.1<--> It.9.8)	Qualitativa Ordinal	1- Menos importante a 8- Mais importante
<i>Estratégias em contexto escolar</i> (It. 10.1<--> It.10.22)	Qualitativa Ordinal	1- Pouco frequente/2-Frequente/ 3- Muito frequente

4. Tipo de estudo

Uma tarefa importante na pesquisa científica é a escolha do método que norteia o trabalho científico para que posteriormente se proceda à recolha e análise de dados (Hill e Hill, 2000; Almeida e Freire, 2007).

O presente estudo, de natureza exploratória, recorreu ao método descritivo e correlacional para caracterizar de forma precisa as variáveis envolvidas no estudo e para estabelecer relações entre elas (Almeida & Freire, 2007).

Quanto à análise de dados utilizamos o método quantitativo, por recurso à aplicação de instrumentos precisos que garantem a objetividade e permitem a utilização de procedimentos correlacionais (Almeida & Freire, 2007). Mais especificamente, recorreu-se à técnica de investigação por questionário para a recolha de dados.

5. Amostra

O presente estudo reporta-se a uma amostra de 115 docentes do Ensino Básico a lecionar em diferentes escolas públicas dos distritos de Castelo Branco e Portalegre,

no ano letivo 2014/2015, distribuindo-se estas escolas pelo meio rural e urbano, sendo que 59 professores lecionam em escolas localizadas no meio rural e 56 professores lecionam em escolas localizadas em meio urbano, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 - Localização das escolas dos professores inquiridos

Localização das Escolas		Frequência Absoluta (n)
Distrito	Castelo Branco	60
	Portalegre	55
Meio	Rural	59
	Urbano	56
	Total	115

Os professores inquiridos foram selecionados intencionalmente pelo investigador, isto é, de forma não aleatória por conveniência, tal como descrito em Hill e Hill (2000). Isto é, foram escolhidos os professores porque se encontravam a lecionar na escola onde a investigadora estava a recolher os dados para o estudo e/ou porque lecionavam em escolas perto do local de residência da investigadora. A opção por este tipo de amostra é fundamentada pela natureza exploratória do estudo, em que o importante é recolher opiniões e ideias de fundo, quando se pretende uma amostra de dimensão reduzida e se tem falta de tempo para a recolha.

5.1. Caraterização da amostra

Dos 115 docentes inquiridos, conforme tabela 3, 73% são do género feminino e 27% do género masculino, com idades compreendidas entre os 27 e os 59 anos, sendo a média de idades de aproximadamente 44 anos, com um desvio padrão associado de 7,5 anos.

Tabela 3 - *Género e idade dos professores inquiridos.*

	Frequência absoluta	Frequência Relativa
	(n)	(%)
Género		
Feminino	84	73
Masculino	31	27
Idade		
Média	43,9	
Desvio padrão	7,5	
Min.	27	
Max.	59	

No que se refere às habilitações académicas, conforme tabela 4, a maioria dos professores inquiridos detêm licenciatura (71,3%). Apenas, aproximadamente um quarto dos professores (25,2%) da nossa amostra têm habilitação superior à licenciatura, existem 9 professores com estudos pós-graduados (7,8%), 19 com Mestrado (16,5 %) e apenas 1 com Doutoramento (0,9 %).

Tabela 4 - *Habilitações académicas dos professores inquiridos.*

	Frequência absoluta	Frequência Relativa
	(n)	(%)
Habilitações académicas		
Bacharelato	4	3,5
Licenciatura	82	71,3
Pós-graduação	9	7,8
Mestrado	19	16,5
Doutoramento	1	0,9

Relativamente à carreira profissional destes professores (tabela 5) constata-se que cerca de 3/4 têm mais de 10 anos de serviço e que aproximadamente dois terços pertencem ao quadro. De facto, 30,4% têm entre 10 a 20 anos de serviço docente e 45,2% têm mais de 21 anos de serviço.

Tabela 5 - Tempo de serviço dos professores inquiridos.

	Frequência absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Tempo de serviço		
Menos de 5 anos	4	3,5
5-10 anos	24	20,9
10-20 anos	35	30,4
21 ou mais anos	52	45,2

No concerne à presença de alunos com PHDA nas aulas, conforme tabela 6, 97,4% dos professores inquiridos afirmam que têm, ou tiveram, alunos com PHDA em sala de aula.

Tabela 6 - Crianças com PHDA em sala de aula.

	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Tem, ou teve, crianças com PHDA em sala de aula		
Não	3	2,6
Sim	112	97,4
Total	115	100,0

6. Instrumento e Procedimentos da Investigação

Atendendo aos objetivos gerais desta investigação e a que “ aplicação de um questionário permite recolher uma amostra dos acontecimentos, atitudes, valores e comportamentos” (Sousa & Baptista, 2011, p. 91), o instrumento de investigação por nós utilizado para a recolha de informações foi um questionário (Anexo 1).

Por considerarmos que o questionário aplicado na investigação da Mestre Maria Isabel Salvador Rico Lourenço, Hiperatividade e Défice de Atenção em contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1.º, 2.º e 3.º ciclo do Ensino Básico”, obedecia aos objetivos do nosso estudo, em fevereiro de 2015, solicitámos à autora a aplicação desse instrumento. Após autorização de utilização (Anexo II), e umas pequenas adaptações por nós efetuadas, o questionário foi sujeito a um pré-teste. Segundo Sousa e Baptista (2011), “ O pré-teste ao questionário consiste num conjunto de verificações feitas, de forma a confirmar que ele é realmente aplicável com êxito, no que diz respeito a dar uma resposta efectiva aos problemas levantados pelo investigador” (p. 100).

De acordo com o procedimento esboçado da aplicação do questionário a uma amostra de 150 professores do ensino básico, o pré-teste ao questionário foi aplicado a uma amostra de 30 professores, no mês de fevereiro de 2015. Realizámos a análise da consistência interna do questionário que se mostrou boa (*alpha Cronbach* obtido para o conjunto das questionários foi 0,750).

Para a aplicação de um questionário para a nossa investigação, em fevereiro de 2015 solicitámos autorização e colaboração à Presidente de uma Comissão Administrativa Provisória e aos Diretores de algumas escolas e agrupamentos de escolas situados nos distritos de Castelo Branco e Portalegre (Anexo II). Também, nos meses de março, abril e maio, enviámos por email alguns questionários a professores do ensino básico à lecionar nos mesmos distritos.

Todo o exemplar do questionário distribuído garantiu o anonimato dos participantes e incluiu uma explicação do objetivo da investigação em curso. A entrega e a recolha dos questionários decorreu entre março e maio de 2015. Realizámos a distribuição de 150 questionários e foram recolhidos 115 questionários preenchidos, ou seja, apenas aproximadamente 76,7 % dos professores que receberam o questionário o devolveram preenchido.

A análise descritiva das variáveis em estudo foi feita com base em frequências absolutas e relativas e outras estatísticas descritivas, como sejam a média e o desvio padrão, valores mínimos e máximos. Para melhor visualização das características dessas variáveis recorreu-se pontualmente à representação gráfica dos resultados através de gráficos de barras ou circulares.

De seguida, procedeu-se à análise bivariada de algumas das variáveis em estudo. Utilizou-se o nível de significância de 5% para decidir se algo era ou não estatisticamente significativo. Considerou-se a regra de rejeitar a hipótese nula se a probabilidade de significância (p-valor) fosse inferior ou igual ao nível de significância.

Assim, e de acordo com Maroco (2007), utilizou-se o teste não-paramétrico de Qui-quadrado para testar a independência de variáveis qualitativas. Já para comparar valores médios de frequência de recurso a estratégias de intervenção entre grupos distintos de professores utilizaram-se testes não-paramétricos de comparação de médias (o teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes e o teste de Kruskal-Wallis para mais do que duas amostras).

Recorreu-se ao *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 22.0 para Windows para efetuar todo o tratamento e análise dos dados.

Capítulo 5:

Apresentação e Discussão de Resultados

Com o intuito de avaliar a opinião de professores sobre a PHDA em contexto escolar aplicámos um questionário a 115 docentes a lecionar em escolas do ensino básico nos distritos de Castelo Branco e Portalegre.

Começamos por efetuar uma análise descritiva do grau de informação anterior e tipo de formação anterior dos professores inquiridos sobre a PHDA, de seguida analisamos as principais características que estes professores assinalaram como potenciadoras da ação perturbadora da vida escolar das crianças e adolescentes com PHDA, a opinião destes sobre prevalência segundo o género e no tempo, os fatores que justificam a presença de PHDA nas pessoas, que profissionais devem realizar o diagnóstico, outros problemas que agravam a desadaptação destes alunos e, por último, analisadas quais as estratégias de intervenção mais benéficas, aplicadas em sala de aula e em contexto escolar, a estes alunos.

Posteriormente, efetuamos uma análise comparativa da opinião dos professores sobre as estratégias de intervenção que mais adotam em contexto escolar segundo o seu perfil socio profissional, em particular, género, habilitações literárias, tempo de serviço docente, tipo de formação e tipo de localização da escola.

Tendo em conta os objetivos deste estudo, neste capítulo também é apresentada a discussão dos resultados encontrados, recorrendo à revisão da literatura e aos resultados dos estudos, por nós consultados, no âmbito das percepções dos professores sobre a PHDA e de outros assuntos relativos a esta perturbação.

Para facilitar a leitura e conforme apontamos na página 75, de acordo com as alíneas b) e c) respetivamente, apresentamos, analisamos e discutimos os dados, obedecendo à seguinte ordem:

1. Conhecimentos da PHDA por parte dos professores do ensino básico bem como as suas percepções relativamente a esta perturbação;

2. Perceções dos professores sobre a intervenção na PHDA e as suas práticas face aos alunos com esta perturbação.

1. Conhecimentos da PHDA por parte dos professores do ensino básico inquiridos e as suas perceções relativamente a esta perturbação

No que se refere ao *grau de conhecimento de PHDA* por parte dos professores inquiridos, conforme tabela 7, verifica-se que estes detêm pouca informação (40,7%) ou informação razoável (46%) sobre esta temática, verificando-se que a maioria não apresenta formação anterior neste contexto (40,9%).

Tabela 7 - *Conhecimento da PHDA em contexto escolar por parte dos inquiridos.*

	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Conhecimento do PHDA		
Grau de Informação anterior		
Nenhum	6	5,3
Pouco	46	40,7
Suficiente	52	46,0
Bom	9	8,0
Tipo de Formação anterior		
Nenhum	47	40,9
No curso	15	13,0
Conferências, leituras, etc.	26	22,6
Cursos breves, ações de formação	21	18,3
Pós-graduada, especializada	6	5,2

Adicionalmente, considerando a amostra de professores inquiridos, foi avaliado se o grau de conhecimento em PHDA depende do género, habilitações e experiência profissional dos docentes. Recorreu-se para tal ao teste de Qui-quadrado de Pearson para avaliar a dependência ou independência destas variáveis.

Hipótese 1: *O grau de informação anterior dos professores inquiridos sobre PHDA depende do seu género.*

Realizámos a sua avaliação com recurso ao teste de Qui-quadrado de Pearson e, de acordo com a análise dos resultados obtidos, conforme tabela 8, verificamos que o grau de informação em PHDA é idêntico independentemente do género os professores (isto é, $p\text{-valor}=0,266 > 0,05$ pelo que não se rejeita a hipótese nula de independência das duas variáveis). No entanto, segundo um estudo realizado no Irão por Ghanizadeh (2006, cit. in Alvarez, 2014), o género dos professores não evidencia diferenças significativas ao nível do conhecimento dos professores sobre a PHDA.

Tabela 8 - Análise comparativa do nível de conhecimento sobre PHDA dos professores inquiridos segundo o género

Género	Grau de informação anterior sobre PHDA			Teste Qui-quadrado
		Nulo ou Reduzido	Suficiente	Bom
Feminino	n	35	42	6
	%	42,2%	50,6%	7,2%
Masculino	n	17	10	3
	%	56,7%	33,3%	10,0%

0,266*

* $p\text{-valor} < 0.05$

Hipótese 2: *O grau de informação anterior dos professores inquiridos sobre PHDA depende do seu tempo de serviço.*

Realizámos a sua avaliação com recurso ao teste de Qui-quadrado de *Pearson* (tabela 9) e, de acordo com a análise dos resultados obtidos, verificamos que os professores com menos tempo de serviço docente possuem um conhecimento relativamente melhorado sobre a PHDA em crianças do que os professores com mais tempo de serviço. Estas diferenças mostraram-se estatisticamente significativas, pois p-valor obtido levou à rejeição da hipótese nula de independência das duas variáveis (p-valor=0,011 <0,05), ou seja, o grau de informação em PHDA depende do tempo de serviço docente.

No estudo de Jerome et al. (1994, cit. in Lourenço, 2009) também são os professores com menos tempo de serviço que revelam mais conhecimento sobre esta perturbação. No entanto, a investigação entre o conhecimento dos professores e seu tempo de serviço apresenta outros resultados diferentes, se Couto (2012) refere que não existem diferenças entre o conhecimento dos professores independentemente da experiência profissional, já Lourenço (2009) indica “que ao nível do conhecimento sobre os aspectos gerais da PHDA, os docentes inquiridos revelam conhecimento, baseado na experiência” (p.136).

Em congruência com outros estudos, no nosso estudo são muitos os professores que não têm nenhum tipo de formação sobre a PHDA (Lourenço, 2009; Cariano, 2010; Simões, 2013). Desta forma, é indispensável para estes profissionais frequentarem formações e “outras unidades curriculares científicas que visem qualificar, aperfeiçoar e desenvolver competências transversais, que ajudem o professor no seu processo de reflexão” (Antunes, Rosa, Afonso, Silva & Neto, 2013, p.1) no âmbito desta problemática. Pois, de acordo com os mesmos autores, constatamos que o aluno com esta perturbação “revela-se um desafio diário para o professor, impulsionando-o para inúmeras reflexões sobre as suas metodologias e atitudes pedagógicas. Assim, a flexibilidade e adaptação progressiva do ensino poderá trazer benefícios cada vez mais individualizados ao modo de aprendizagem do aluno” (p. 1).

Rief & Heimburge (2006) salientam a necessidade dos professores em obter “formação contínua em áreas como estratégias de ensino, estruturação, modificações

ambientais, adaptações curriculares e apoios” (p. 188), para melhor conseguir ajudar todos os alunos a alcançar o sucesso.

Relativamente à necessidade de formação na área da PHDA, de acordo com as conclusões de um estudo português realizado por Rodrigues (2013), para os professores " A obtenção de formação foi considerada necessária como veículo para a melhoria da prática educativa junto de alunos com PHDA" (p. 161).

Tabela 9 - *Análise comparativa do nível de conhecimento sobre PHDA dos professores inquiridos segundo o tempo de serviço docente*

Tempo de serviço docente	Grau de informação anterior em PHDA			Teste Qui-quadrado
		Nulo ou Reduzido	Suficiente	Bom
10 anos ou menos	n	8	16	4
	%	28,6%	57,1%	14,3%
Entre 11 e 20 anos	n	23	8	2
	%	69,7%	24,2%	6,1%
Mais de 20 anos	n	21	28	3
	%	40,4%	53,8%	5,8%

0,011*

*p-valor <0.05

Hipótese 3: *O tipo de formação anterior dos professores inquiridos sobre PHDA depende das suas habilitações literárias.*

Realizámos a sua avaliação com recurso ao teste de Qui-quadrado de *Pearson* (tabela 10) e, de acordo com a análise dos resultados obtidos, verificamos que os professores com habilitações superiores à licenciatura detêm um tipo de formação anterior em PHDA mais aprofundada do que os professores com habilitações ao nível da licenciatura ou inferior. Sendo por nós considerada formação mais aprofundada a obtida em cursos breves, ações pontuais, pós-graduações e especializações (formação para além da obtida no curso). A probabilidade de significância associada ao teste de qui-

quadrado ($p\text{-valor} = 0,006 < 0,05$), permitiu rejeitar a hipótese nula de independência das duas variáveis, isto é, concluiu-se que, para o nível de significância de 5%, estas diferenças são estatisticamente significativas.

A maioria dos inquiridos do nosso estudo é Licenciado (71,3%) mas, relativamente às habilitações dos professores, Alvarez (2014) refere “antigamente uma licenciatura habilitava-os ao exercício da função de lecionar, enquanto o novo modelo de formação em que vivemos preconiza uma formação constante ao longo da vida” (p. 120). Relativamente ao nosso estudo, apenas 23,5% dos professores inquiridos realizou formação mais aprofundada sobre a PHDA, ou seja, frequentou cursos breves, ações pontuais, pós-graduações ou especializações. Mas, de acordo com os resultados do estudo de Alvarez (2014), “os professores com mais formação na área têm mais conhecimento sobre PHDA” (p. 126) e “os professores com formação sentem-se com maior capacidade e mais instrumentos para lidar eficazmente com a problemática da PHDA relativamente aos que não têm formação” (p. 126).

Tabela 10 - *Análise comparativa do nível de conhecimento sobre PHDA dos professores inquiridos segundo as habilitações literárias*

Habilitações	Tipo de Formação anterior em PHDA			Teste Qui-quadrado
		Nula ou Reduzida	Suficiente	Boa
<=Licenciatura	n	52	20	14
	%	60,5%	23,3%	16,3%
>Licenciatura	n	10	6	13
	%	34,5%	20,7%	44,8%

0,006*

**p-valor<0.05*

Relativamente à *suspeição de PHDA*, entre as principais características mencionadas no questionário, as que levam os professores inquiridos mais frequentemente a suspeitar de situação de PHDA em crianças são o défice de atenção

(n=104), seguida da hiperatividade (n=87) e por último a impulsividade (n=47), conforme ilustrado na figura 13.

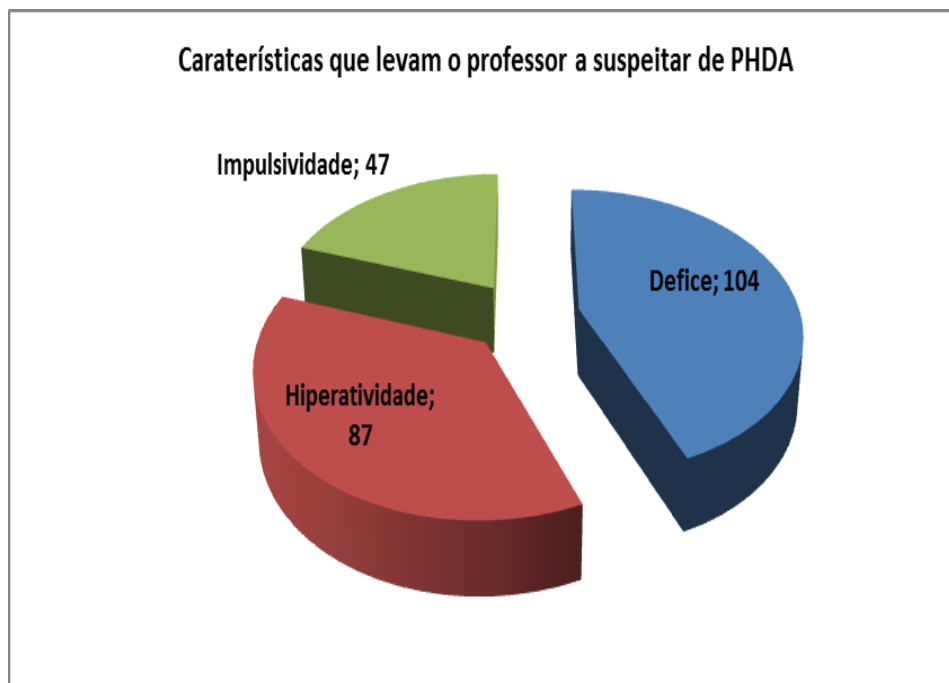


Figura 13 - Caraterísticas que levam o professor a suspeitar de PHDA.

A avaliação do grau de importância atribuído pelos professores a diferentes *caraterísticas perturbadoras da vida escolar de alunos com PHDA*, conforme tabela 11, numa escala crescente de importância de três pontos, mostra que a dificuldade das crianças se manterem atentas nas tarefas e atividade (94,7%), a fácil distração com estímulos irrelevantes (81,4%) e não seguimento das instruções e as dificuldades em terminarem o trabalho ou as tarefas escolares propostas (71,4%) são as caraterísticas mais perturbadoras no contexto escolar. Por outro lado, as caraterísticas que constituem um menor fator perturbador na vida escolar de crianças com PHDA são o esquecimento de tarefas quotidianas (26,5%), as dificuldades em jogar ou dedicarem-se tranquilamente a atividades de lazer (24,8%) e a perda de objetos necessários às tarefas e atividades escolares (22,1%).

Tabela 11 - *Grau de importância atribuído pelos professores a características perturbadoras da vida escolar dos alunos com PHDA*

	Pouco Importante	Indiferente	Importante
It. 2.1_Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido das tarefas escolares ou lúdicas.	12,4	22,1	65,5
It. 2.2_Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades.	0	5,3	94,7
It. 2.3_Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra.	13,3	29,2	57,5
It. 2.4_Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares.	5,4	23,2	71,4
It. 2.5_Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas.	9,7	21,2	69
It. 2.6_Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido.	10,6	31	58,4
It. 2.7_Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares.	22,1	43,4	34,5
It. 2.8_Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	5,3	13,3	81,4
It. 2.9_Esquece-se das atividades quotidianas.	26,5	43,4	30,1
It. 2.10_Movimenta excessivamente as mãos e os pés. Move-se quando está sentado.	14,2	23,9	61,9
It. 2.11_Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.	10,6	19,5	69,9
It. 2.12_Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	12,5	29,5	58
It. 2.13_Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer.	24,8	45,1	30,1
It. 2.14_Andar ou atuar como se estivesse	15,9	27,4	56,6

sempre “ligado a um motor”.			
It. 2.15_Fala excessivamente.	13,3	31,9	54,9
It. 2.16_Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	14,2	29,2	56,6
It. 2.17_Tem dificuldade em esperar a sua vez.	15	30,1	54,9
It. 2.18_Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	12,4	20,4	67,3

De seguida, a opinião dos professores inquiridos face à *incidência de PHDA* segundo o género, conforme figura 14, evidencia que os professores consideram mais comum este tipo de perturbação nos rapazes (n=72 casos). No entanto, ainda se identificam alguns casos em que os professores consideraram que existe uma igual incidência nas raparigas e nos rapazes (n=39 casos) e apenas um caso em que consideraram ser mais comum a prevalência de casos de PHDA nas raparigas.

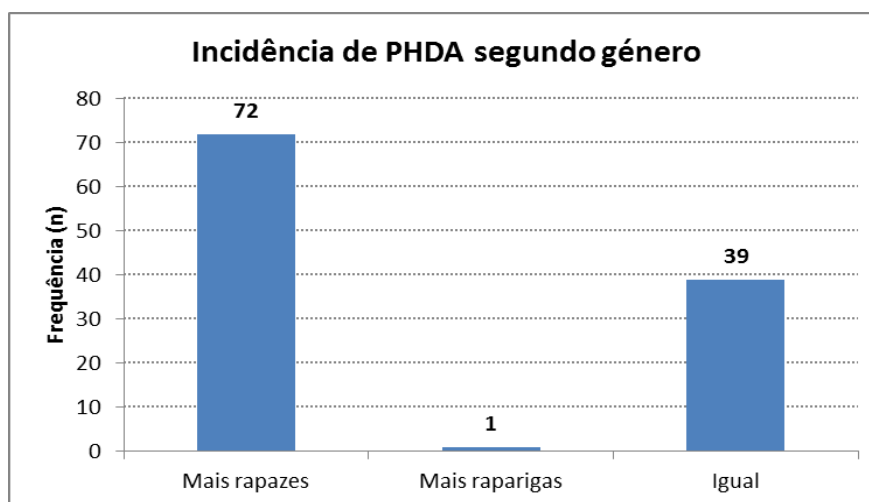


Figura 14 - Opinião dos inquiridos face à incidência da PHDA segundo o género.

Posteriormente, quando analisada a opinião dos docentes sobre as *causas que poderão estar na base desta perturbação*, conforme tabela 12, destacam-se com maior nível de importância os fatores genéticos (77,7%), seguidos dos fatores biológicos

(60,7%) e dos fatores ambientais (60%). Ao invés, assume pouca relevância as causas relacionadas com a falta de vitaminas (40%) e alergias alimentares ou outras (45,5%).

Tabela 12 - *Grau de importância atribuído pelos professores a possíveis causas de PHDA.*

	Pouco Importante	Indiferente	Importante
It. 4.1_Fatores ambientais	16,4	23,6	60,0
It. 4.2_Excesso de TV	25,5	35,5	39,1
It. 4.3_Falta de vitaminas	40,0	46,4	13,6
It. 4.4_Alergias alimentares ou outras	45,5	49,1	5,5
It. 4.5_Fatores genéticos	4,5	17,9	77,7
It. 4.6_Estilos Parentais	13,4	26,8	59,8
It. 4.7_Fatores Biológicos	12,5	26,8	60,7

No que concerne à *evolução desta perturbação no tempo*, conforme a figura 15, a maioria dos docentes são da opinião que esta perturbação desaparece com o tempo (61% dos casos).

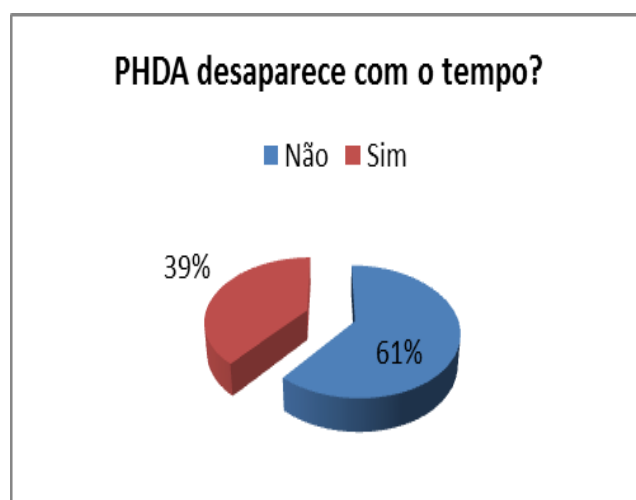


Figura 15 - Opinião dos professores inquiridos sobre a prevalência de PHDA.

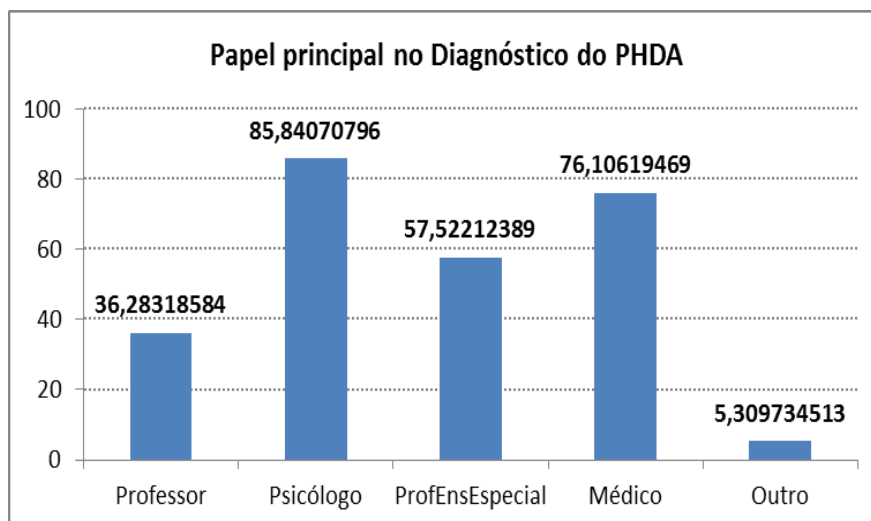


Figura 16 - Profissionais responsáveis pelo diagnóstico de PHDA.

Quando questionados sobre quais os *profissionais que devem realizar o diagnóstico da PHDA*, os professores destacam com maior importância os Psicólogos (85,8%) e os Médicos (76,1%), conforme é visível na figura 16.

Tabela 13 - *Grau de importância atribuído a outros problemas associados à PHDA que causam maior desadaptação*

	Pouco Importante	Indiferente	Importante
It.7.1.1_Dificuldade na relação com os pares	8,1	25,2	66,7
It.7.1.2_Pouca persistência e baixa motivação	9,9	21,6	68,5
It.7.1.3_Comportamentos de agressividade e oposição	7,3	18,3	74,3
It.7.1.4_Não aceitar e respeitar as regras	5,4	13,5	81,1
It.7.1.5_Dificuldades de aprendizagem	7,2	18,9	73,9
It.7.1.6_Baixa autoestima	15,3	24,3	60,4
It.7.1.7_Comportamentos de risco	11,7	30,6	57,7

Na opinião dos 110 professores que consideram existir outros problemas associados à PHDA, conforme a tabela 13, destacam-se entre as causas que provocam maior desadaptação o não aceitar e respeitar as regras (81,1%), os comportamentos de agressividade e oposição (74,3%) e as dificuldades de aprendizagem (73,9%).

2. Perceções dos professores inquiridos sobre a intervenção na PHDA e as suas práticas face a alunos com esta perturbação

No que diz respeito a *estratégias de intervenção* com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar (tabela 14), os docentes identificam como formas mais benéficas a “Colaboração pais-escola” e a “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula”.

Tabela 14 - *Grau de importância atribuído pelos professores inquiridos a diferentes formas de intervenção com alunos com PHDA.*

	Total					Professores que assinalaram "défice atenção"				
	N válidos	Média	DP	Min	Max	N válido	Média	DP	Min	Max
It.8.1 Medicação	112	2,9	2	1	6	102	2,9	1,970	1	6
It.8.2 Colaboração dos pais-escola	112	4,2	1,5	1	6	102	4,3	1,474	1	6
It.8.3 Terapia Familiar	112	3,5	1,6	1	6	102	3,6	1,544	1	6
It.8.4 Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	112	3,6	1,8	1	6	102	3,6	1,789	1	6
It.8.5 Estratégias educativas específicas na sala de aula	112	4,0	1,4	1	6	102	4,0	1,449	1	6
It.8.6 Apoio escolar/académico	107	2,6	1,3	1	6	98	2,6	1,292	1	6

De facto, o grau de importância médio atribuído pelos docentes que responderam à questão (numa escala crescente de importância a variar entre 1 e 6), mostra que estas duas formas de intervenção são as que apresentam valores médios mais elevados, com 4,2 e 4,0 respetivamente. Com menor nível médio de importância os professores assinalam o “Apoio escolar/ académico” ($\bar{x}=2,6$) e a “Medicação” ($\bar{x}=2,9$), conforme a tabela 14.

Hipótese 4: O nível médio de importância atribuído pelos professores inquiridos à medicação, como forma de intervenção mais benéfica em alunos com PHDA, difere de o “défice de atenção” ser a característica considerada pelos professores como a suspeita de uma situação de PHDA.

Em particular, analisando apenas as respostas dos docentes que consideram o “défice de atenção” como a característica que mais leva à suspeita de PHDA, constatamos que o padrão de resposta se mantém idêntico, conforme a tabela 14. Mais, a probabilidade de significância associada ao teste de Mann-Whitney ($p = 0,186 > 0,05$ o que leva à não rejeição da hipótese nula de igualdade de médias) mostra que os docentes que consideram o “défice de atenção” como a característica que leva à suspeita de uma situação de PHDA, em média, atribuíram uma importância idêntica à medicação, como forma de intervenção, comparativamente com os professores que privilegiam outras características na suspeita desta perturbação (tabela 15).

Independentemente de o “Défice de atenção” ser a característica assinalada como suspeita de uma situação de PHDA, para os professores do nosso estudo o tratamento farmacológico não é considerado uma forma de intervenção muito benéfica para o aluno com esta perturbação. No entanto, segundo Antunes (2012), o Metilfenidato é um medicamento já utilizado em milhões de crianças, extremamente seguro e o modo mais eficaz no tratamento do défice de atenção. No estudo realizado por Couto (2012), “Os docentes que consideram o “défice de atenção” como característica que mais prejudica o sucesso escolar assinalam, de facto, a “medicação” e a “terapia psicológica” como formas de intervenção que podem trazer benefícios aos alunos com PHDA” (p. 85).

Tabela 15 - *Grau de importância médio atribuído pelos professores inquiridos à medicação com base na suspeição de défice de atenção*

Grau de importância atribuído à medicação				
	Média	N	Desvio padrão	Testes Mann-Whitney
Défice de atenção				
Não	3,70	10	1,83	0,186
Sim	2,86	102	1,97	

Hipótese 5: *O nível médio de importância atribuído pelos professores inquiridos à prescrição de medicação, como estratégia de intervenção mais benéfica em alunos com PHDA, difere do distrito de localização da escola.*

Realizámos a sua avaliação com recurso ao teste de *Mann-Whitney* (tabela 16) e, de acordo com a análise dos resultados obtidos, verificamos que o grau de importância médio atribuído pelos professores que lecionam no distrito de Castelo Branco não é diferente dos professores que lecionam no distrito de Portalegre no que se refere à medicação, como estratégia de intervenção mais benéfica para alunos com PHDA.

Apesar dos valores médios mostrarem que existe uma importância ligeiramente superior entre os professores do distrito de Castelo Branco, estas diferenças não se mostraram estatisticamente significativas (pois $p=0,156 > 0,05$).

Tal como referido na revisão de literatura, o estudo de Furtado (2015) revela “assimetrias regionais nos níveis de utilização de Metilfenidato” (p. 15), mas os distritos de Castelo Branco e Portalegre apresentam níveis de prescrição de MPH idênticos (>7 e ≤ 13 DHD) e não apresentam os maiores ou menores níveis de prescrição de MPH do país. Consideramos importante realçar que, de acordo com Parker (2011),

Após a prescrição da medicação, é importante que os pais e os professores monitorizem cuidadosamente o comportamento, o humor e o âmbito da atenção da criança. Uma criança cuja medicação seja insuficiente pode continuar a mostrar-se irrequieta, desatenta e distraída. Estabelecer a dose terapêutica correta é frequentemente uma questão de tentativa e erro, sendo necessário o retorno regular por parte do professor da sala de aula para o médico (p. 60).

Tabela 16 - *Grau de importância médio atribuído pelos professores inquiridos à medicação com base na suspeição por distrito*

Grau de importância atribuído à medicação				
	Média	N	Desvio padrão	Testes Mann-Whitney
Distrito				
Castelo Branco	3,14	59	1,898	0,156
Portalegre	2,72	53	2,032	

Relativamente a *diferentes estratégias a adotar em contexto sala de aula com um aluno com PHDA* (tabela 17), em média, os professores atribuíram maior importância ao encaminhamento para um técnico especializado (6,2); e a permanência de contacto com a família (5,0). Com níveis médios de importância mais reduzidos identificam-se as estratégias de encontrar um ambiente mais adequado ao aluno fora da sala de aula (3,1) e a adaptação do contexto físico de sala de aula (3,7).

Tabela 17 - *Grau de importância atribuído a diferentes estratégias a adotar em contexto sala de aula com um aluno com PHDA.*

	N	Média	DP	Min	Max
	Válidos				
It.9.1_Encaminhar para um técnico especializado.	102	6,2	2,3	1	8
It.9.2_Manter um contacto mais frequente com a família.	102	5,0	2,2	1	8
It.9.3_Adaptar o contexto físico da sala de aula.	102	3,7	2,2	1	8
It.9.4_Encaminhar para o apoio educativo.	102	4,1	2,1	1	8

It.9.5_Encontrar um ambiente mais adequado ao aluno fora da sala de aula/escola.	101	3,1	2,2	1	8
It.9.6_Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula.	102	4,4	2,1	1	8
It.9.7_Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.	102	4,9	1,7	1	8
It.9.8_Adaptar materiais e processos de avaliação.	102	4,5	2,1	1	8

Num contexto mais amplo, relativamente às possíveis *estratégias de intervenção adotadas em contexto escolar com um aluno com PHDA* (tabela 18), os professores priorizaram como mais recorrentes, em média, a utilização de tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas (2,7); dar informação suficiente ao aluno quanto ao trabalho que faz (2,7); organizar da sala de aula (2,6) e supervisionar constantemente o trabalho (2,6). Entre as estratégias menos frequentes no quotidiano de trabalho dos professores inquiridos com estes alunos destacam-se o encaminhamento para o Conselho Executivo (1,1), o isolamento do aluno em sala de aula (1,2) e as recompensas materiais (1,2).

Tabela 18 - *Frequência das estratégias de intervenção adotadas em contexto escolar com alunos com PHDA*

	N Válidos	Média	DP	Min	Max
It.10.1_Recompensas sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).	108	2,3	0,7	1	3
It.10.2_ Recompensas materiais.	106	1,2	0,4	1	3
It.10.3_Ignorar pequenos comportamentos inadequados.	108	2,2	0,7	1	3
It.10.4_Time-out (tempo de afastamento da classe).	106	1,4	0,6	1	3
It.10.5_Organização da sala de aula.	108	2,6	0,6	1	3

It.10.6_Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	109	2,7	0,5	1	3
It.10.7_Sugerir ao aluno que relate o que está a fazer.	107	2,1	0,7	1	3
It.10.8_Supervisão frequente do trabalho.	109	2,6	0,5	1	3
It.10.9_Dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	110	2,7	0,5	1	3
It.10.10_Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	109	2,1	0,7	1	3
It.10.11_Preparar um “canto” da sala onde o aluno possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	108	1,2	0,5	1	3
It.10.12_Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	110	2,1	0,9	1	3
It.10.13_Repreensões para comportamentos impróprios.	108	1,3	0,5	1	3
It.10.14_Reprimendas verbais.	108	1,7	0,6	1	3
It.10.15_Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	108	1,6	0,8	1	3
It.10.16_Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo.	107	1,1	0,4	1	3
It.10.17_Regulamento Disciplinar da Escola.	108	1,5	0,6	1	3
It.10.18_Colocar lembretes na carteira do aluno.	108	1,3	0,6	1	3
It.10.19_Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	109	2,1	0,7	1	3
It.10.20_Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.	107	2,2	0,7	1	3
It.10.21_Ameaçar o aluno.	108	1,3	0,6	1	3
It.10.22_Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	108	1,8	0,7	1	3

Por último, com o objetivo de avaliar se *as estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar difere segundo algumas características socioprofissionais dos docentes* inquiridos aplicaram-se testes não paramétricos para a comparação de médias, para duas amostras independentes (teste de Mann-Whitney) e para mais do que duas amostras independentes (teste Kruskal-Wallis).

As tabelas 19, 20, 21, 22 e 23 apresentam apenas as estatísticas descritivas e os testes para aos quais se registaram diferenças estatisticamente significativas segundo o género, habilitações literárias, tempo de serviço docente, tipo de formação em PHDA e localização da escola.

Neste sentido, a análise conjunta das cinco tabelas referidas anteriormente permite constatar que a opinião dos docentes inquiridos quanto à frequência de uso das diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA em contexto escolar é idêntica, com exceção do recurso a recompensas materiais; a ignorar pequenos comportamentos inadequados; quanto à organização da sala de aula; à supervisão frequente do trabalho; ao anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento; ao preparar um “canto” da sala onde o aluno possa isolar-se dos outros, caso seja necessário; ao Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares); as recompensas sociais; tempo de afastamento da classe; as repreensões por comportamentos impróprios; e relatórios semanais com objetivos específicos do comportamento com feedback dos objetivos alcançados, pois para estes casos a probabilidade de significância associado aos testes aplicados foram inferiores ao nível de significância de 5%.

Hipótese 6: *A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo o seu género.*

Realizámos a sua avaliação com recurso ao teste de *Mann-Whitney* (tabela 19) e, de acordo com a análise dos resultados obtidos, a hipótese é rejeitada, pois constatamos que só se verificam resultados estatisticamente significativos na frequência de uso das seguintes estratégias de intervenção: “Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis)”, “Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a

caneta...) ”, “Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor) ” e “Supervisão frequente do trabalho”.

Verificamos que no nosso estudo, em média, os professores recorrem mais a recompensas materiais e tendem menos a ignorar pequenos comportamentos inadequados, têm menos cuidado com a organização das salas de aula e a supervisionarem menos o trabalho destes alunos quando comparados com as professoras.

No estudo de Santos (2012) consta a seguinte hipótese de investigação "O género dos professores influencia estatisticamente a sua percepção sobre as estratégias de intervenção com alunos com PHDA" (p. 90) e, como conclusão, surge a rejeição da hipótese mencionada. Este resultado corrobora com o do nosso estudo, assim, acreditamos que a frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos não difere segundo o seu género.

Tabela 19 - *Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo o género.*

Género	Feminino			Masculino			Teste Mann-Whitney
	Média	N	Desvio padrão	Média	N	Desvio padrão	
It.10.2_Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis).	1,11	79	0,358	1,33	27	0,48	0,006*
It.10.3_Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	2,27	81	0,689	1,93	27	0,675	0,025*
It.10.5_Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar o aluno perto do professor).	2,67	81	0,548	2,33	27	0,62	0,007*
It.10.8_Supervisão frequente do trabalho.	2,67	81	0,5	2,43	28	0,573	0,041*

*p-valor <0.05

Hipótese 7: A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo as suas habilitações literárias.

Realizámos a sua avaliação com recurso ao teste de *Mann-Whitney* (tabela 20) e, de acordo com a análise dos resultados obtidos a hipótese é rejeitada, pois constatamos que só se verifica o resultado estatisticamente significativo na frequência de uso das estratégias de intervenção “Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento”.

Observamos que no nosso estudo, os professores com especialização superior à licenciatura, em média, anotam com maior frequência o mau comportamento do aluno e consideram-no na avaliação comparativamente com os docentes com menores habilitações.

No estudo de Santos (2012) consta a seguinte hipótese de investigação "Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível académico dos professores e as suas perceções acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA" (p. 92) e, como conclusão, surge a rejeição da hipótese mencionada. Este resultado corrobora com o do nosso estudo, assim, acreditamos que a frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com crianças com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo as suas habilitações literárias.

Tabela 20 - *Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo as habilitações académicas*

Habilitações académicas	<=Licenciatura			>Licenciatura			Teste Mann-Whitney
	Média	N	Desvio padrão	Média	N	Desvio padrão	
It.10.22_Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	1,68	81	0,668	2	27	0,734	0,044*

*p-valor<0.05

Hipótese 8: *A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo a sua experiência docente.*

Realizámos a sua avaliação com recurso ao teste de Kruskal-Wallis e, conforme tabela 21, de acordo com a análise dos resultados obtidos a hipótese é rejeitada, pois constatamos que só se verificam resultados estatisticamente significativos na frequência de uso das estratégias de intervenção “Preparar um “canto” da sala onde o aluno possa isolar-se dos outros, caso seja necessário” e “Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares) ”.

Tabela 21 - *Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo o tempo de serviço.*

Tempo de serviço docente	Menos de 10 anos			De 10 a 20 anos			Mais de 21 anos			Teste Kruskal-Wallis
	Média	N	Desvio padrão	Média	N	Desvio padrão	Média	N	Desvio padrão	
It.10.11_Preparar um “canto” da sala onde o aluno possa isolar-se dos outros, caso seja necessário	1,59	27	0,636	1,16	32	0,448	1,06	49	0,242	0,000*
It.10.17_Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	1,74	27	0,594	1,25	32	0,508	1,53	49	0,68	0,005*

*p-valor<0.05

Observamos que no nosso estudo, os professores com mais tempo de serviço, em média, recorrem com menor frequência à utilização de um canto da sala para isolar o aluno com PHDA comparativamente com os professores que apresentam menos tempo de serviço. Constata-se ainda que os professores com menos experiência docente

recorrem mais vezes ao regulamento disciplinar da Escola como estratégia de intervenção do que os restantes professores.

No estudo de Santos (2012) consta a seguinte hipótese de investigação "Existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de lecionação e a perceção que os professores têm acerca das estratégias de intervenção em alunos com PHDA" (p. 91) e, como conclusão, surge a rejeição da hipótese mencionada. Este resultado corrobora com o do nosso estudo, assim, acreditamos que a frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo a sua experiência docente.

Hipótese 9: A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo o tipo de formação prévia em PHDA.

Realizámos a sua avaliação com recurso ao teste de *Kruskal-Wallis* (tabela 22) e, de acordo com a análise dos resultados obtidos a hipótese é rejeitada, pois constatamos que só se verificam resultados estatisticamente significativos na frequência de uso das seguintes estratégias de intervenção: “Recompensas sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...)”, “Time-out (tempo de afastamento da classe)”, “Repreensões para comportamentos impróprios (Ex: pôr o nome do aluno no quadro)” e “Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados”.

No nosso estudo verificamos que, em média os professores com formação anterior em PHDA mais aprofundada (formação obtida em cursos breves, ações de formação, pós-graduações e especializações) recorrem mais vezes à execução de relatórios semanais com a definição de objetivos específicos de comportamento e com o feedback dos resultados alcançados, comparativamente com outros docentes com menor conhecimento prévio sobre PHDA. Face às estratégias de intervenção “Recompensas sociais”, “Time-out” e “Repreensões para comportamentos impróprios” são os professores com formação suficiente (formação obtida por conferências, leituras, etc.) sobre esta temática que se distinguem relativamente aos outros pela maior frequência de uso destas estratégias.

Consideramos que a aplicação pelos professores de diferentes estratégias de intervenção, com alunos com PHDA, não difere do tipo de formação destes profissionais. Pois:

O professor é como o navegador, que sabe que a direção se mantém à custa de manobras delicadas. Avança num mar agitado, bordejando de bombordo para estibordo. O professor trabalha na sala de aula utilizando estratégias diversas e ágeis, com o fim de ajudar o aluno que, pelo seu lado, se apoia em muitos e variados procedimentos

(Perraudau, 2006, p. 11).

Tabela 22 - *Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo o tipo de formação anterior*

Tipo de Formação anterior em PHDA	Reduzido			Suficiente			Boa			Teste Kruskal-Wallis
	Média	N	Desvio padrão	Média	N	Desvio padrão	Média	N	Desvio padrão	
It.10.1_Recompensas sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).	2,25	56	0,720	2,65	26	0,629	2,23	26	0,710	0,024*
It.10.4_Time-out (tempo de afastamento da classe).	1,30	54	0,537	1,85	26	0,784	1,27	26	0,533	0,001*
It.10.13_Repreensões para comportamentos impróprios (Ex: pôr o nome do aluno no quadro).	1,16	55	0,420	1,46	26	,582	1,22	27	0,506	0,020*
It.10.15_Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	1,46	55	0,741	1,65	26	0,689	1,85	27	0,818	0,049*

*p-valor<0.05

Hipótese 10: *A frequência média de aplicação de diferentes estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos difere segundo o meio de localização da sua escola.*

Realizámos a sua avaliação com recurso ao teste de *Mann-Whitney* (tabela 23) e, de acordo com a análise dos resultados obtidos a hipótese é rejeitada, pois constatamos que só se verifica o resultado estatisticamente significativo na frequência de uso da estratégia de intervenção “Preparar um “canto“ da sala onde o aluno possa isolar-se dos outros, caso seja necessário”.

No nosso estudo, observamos que face à localização da escola, em meio rural ou urbano, as práticas dos professores com alunos com PHDA apenas se distinguem na frequência com que isolam a criança com PHDA no canto da sala, pois, em média, os professores que lecionam em escolas do meio urbano recorrem mais vezes a essa estratégia do que os professores que lecionam em meio rural.

No estudo realizado por Rodrigues (2013), que envolve uma escola situada numa zona rural e uma outra situada numa zona urbana, os professores da escola urbana estavam mais bem preparados para lidarem com os comportamentos dos alunos com PHDA, devido à aplicação de medidas de intervenção adequadas. No entanto, a investigadora refere que o corpo docente da escola localizada no meio urbano está "mais envelhecido e com mais anos de serviço, o que indica que a experiência e a idade mais avançada são fatores de ponderação e de escolhas mais corretas" (Rodrigues, 2013, p. 163).

Para Rodrigues e Antunes (2014), “O papel do professor é fundamental. A ferramenta mais importante de um professor é a sua atitude, que se quer positiva e de colaboração” (p. 166).

Tabela 23. *Análise comparativa das estratégias de intervenção com alunos com PHDA aplicadas no quotidiano da vida escolar pelos professores inquiridos segundo o localização da escola*

Localização da Escola	Rural			Urbano			Teste Mann-Whitney
	Média	N	Desvio padrão	Média	N	Desvio padrão	
Q10.11_Preparar um “canto” da sala onde o aluno possa isolar-se dos outros, caso seja necessário	1,145	55	0,448	1,302	53	0,503	0,031*

*p-valor<0.05

CONCLUSÕES

Apresentamos neste ponto as principais conclusões da nossa investigação.

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção é um problema de saúde pública que atinge cerca de 5-7% da população, está associada a um grande sofrimento e as despesas associadas à PHDA ou a outras doenças crónicas são comparáveis (Antunes, 2012).

A investigação sobre PHDA: Indica que, na população em geral, a perturbação afeta com mais frequência o sexo masculino do que o feminino (Rodrigues & Antunes, 2014; APA, 2015); mostra que “a tendência é para haver mais casos nas áreas urbanas e em meios nos quais a situação socioeconómica é desfavorável” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 19).

Quanto às causas da PHDA, Rodrigues e Antunes (2014) referem que estas são “complexas e multifactoriais” (p. 63). De acordo com Selikowitz (2010), a PHDA é um distúrbio cerebral e a prova chega das descobertas, levadas a cabo por vários pesquisadores, de quatro áreas de investigação científica: défices da função executiva, esgotamento de neurotransmissores, pouca atividade do lobo frontal do cérebro, deficiências genéticas.

A PHDA refere-se a um grupo de sinais e sintomas que se podem juntar em três dimensões comportamentais: o défice de atenção, a hiperatividade e a impulsividade (Rodrigues & Antunes, 2014). Esta perturbação é uma condição crónica, não tem cura mas pode entrar em remissão, isto é, “por força da intervenção e/ou características próprias da perturbação causam progressivamente menos impacto e os sintomas deixam de ser evidentes.” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 48).

É no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5, da Associação de Psiquiatria Americana (APA), publicado em 2013 e última edição do DSM, que se encontra a definição clínica mais recente da PHDA e os critérios de diagnóstico.

No DSM-5, de acordo com a classificação da APA (2014), a pessoa com PHDA pertence a uma das seguintes apresentações: Apresentação predominantemente

desatenta; Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva; Apresentação combinada.

Estima-se que existem pelo menos 80 mil crianças com PHDA em Portugal (Neto, 2014). Muitos são os sintomas da PHDA, no entanto, poucas são as crianças, com esta perturbação, que os manifestam todos (Selikowitz, 2010). No entanto, há crianças sem PHDA que revelam alguns desses sintomas.

As crianças com PHDA com predomínio de hiperatividade - impulsividade, não passam despercebidas, mostram-se bastante mais irrequietas e exibem um excesso de atividade bem mais marcante do que outras crianças e, também, demonstram incapacidade no controle das emoções e comportamentos (Parker, 2011).

As crianças com diagnóstico de PHDA com predomínio de desatenção evidenciam mais dificuldades em concentrar-se que as crianças sem a perturbação e da mesma faixa etária, pois “os mecanismos de atenção dos seus cérebros são ineficazes” (Selikowitz, 2010, p. 20).

O diagnóstico da PHDA, segundo Neto (2014), assenta unicamente “nos sintomas da criança e meio envolvente, e em instrumentos clínicos, cuja aplicação e interpretação dependem da experiência da equipa” (p. 10) de profissionais. Os elementos que geralmente formam essa equipa são médicos, psicólogos e elementos da escola, como professores, conselheiros ou especialistas em aprendizagem (Parker, 2011).

O diagnóstico preciso desta perturbação é complexo e resulta de uma avaliação elaborada por uma equipa de profissionais bem treinados (Nielsen, 2011). É possível a aplicação de alguns procedimentos de avaliação que, em conjunto, podem oferecer informação útil na formulação de um diagnóstico da PHDA válido e fiável (Parker, 2011). Os autores Rodrigues e Antunes (2014) referem a utilização de vários instrumentos: as entrevistas clínicas e a anamnese (instrumentos aplicados à família e ao próprio indivíduo); os inventários, escalas e questionários dos sintomas e de outras perturbações porventura associadas ou que com ela possam ser baralhadas (instrumentos aplicados aos pais, professores e ao próprio indivíduo); a avaliação direta do indivíduo utilizando diferentes provas de avaliação das funções executivas e atenção;

a avaliação dos aspetos emocionais e autoconceito; a entrevista ao professor e recolha de dados do contexto escolar.

As graves consequências da PHDA atingem crianças e adolescentes mas, também, os adultos (Antunes, 2012). Segundo APA (2014), esta perturbação está ligada: Nas crianças e adolescentes, esta perturbação está ligada a um fraco desempenho escolar, a um reduzido sucesso académico e à rejeição social; Nos adultos, a “piores desempenho, sucesso e assiduidade no campo profissional e a maior probabilidade desemprego, além de altos níveis de conflito interpessoal” (p. 63).

Após o diagnóstico da PHDA o tratamento deve iniciar-se o mais cedo possível. Segundo Parker (2011), este tratamento necessita de um plano que pode “incluir acompanhamento médico, planeamento educacional, modificação do comportamento e aconselhamento psicológico” (p. 19), pois exige intervenções combinadas. A intervenção que conjuga as intervenções farmacológica e outras não farmacológicas, designada por intervenção multimodal, é a que apresenta resultados mais eficazes (Rodrigues e Antunes, 2014).

A intervenção farmacológica na PHDA e os seus efeitos secundários têm originado vários estudos. A administração de fármacos é um tema controverso, na opinião de García (2001), os resultados a curto prazo revelam “diminuição do nível da actividade motora, aumento da atenção e melhoria do rendimento nos testes de atenção no laboratório” (p. 60), no entanto, alguns pais receiam dos efeitos secundários derivados do uso continuado desses medicamentos. Os psicoestimulantes e os antidepressivos tricíclicos são os medicamentos mais prescritos às crianças no tratamento desta perturbação (Parker, 2011).

Na PHDA não existe um défice de capacidade cognitiva (Rodrigues & Antunes, 2014), mas as suas características nucleares podem colocar, no contexto escolar, várias dificuldades aos alunos com essa perturbação (Lopes, 2004). Pois, segundo Rodrigues e Antunes (2014), os sintomas intrometem-se com a assimilação de conhecimento e evolução de aptidões, assim dificultam o desempenho escolar e, naturalmente, o alcance do sucesso escolar. No entanto, os mesmos autores salientam que, o insucesso escolar destes alunos advém da combinação entre o contexto escolar e os fatores biológicos.

As crianças ou adolescentes com PHDA são alunos com NEE porque “por

exibirem determinadas condições específicas, podem necessitar de apoio de serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e sociemocional” (1997, Correia, cit. in Correia, 2013, p. 45). De acordo com o mesmo autor, o aluno com PHDA é uma criança com NEE de carácter permanente, que tem,

direito a um programa de educação público, adequado e gratuito, num meio de aprendizagem o mais apropriado possível, que responda às suas necessidades educativas e ao seu ritmo e estilos de aprendizagem. Assim, a Escola deve estar preparada para dar uma resposta eficaz à problemática do aluno com NEE, de acordo com as suas características, capacidades e necessidades (p. 45).

Quanto ao 1.º Objetivo Geral, *grau de conhecimento da PHDA por parte dos professores do ensino básico bem como as suas perceções relativamente às características, prevalência, causas, diagnóstico, problemas associados e consequências desta perturbação*, consideramos que foi alcançado tendo em conta o será exposto de seguida.

No que diz respeito ao *conhecimento sobre a PHDA*, no nosso estudo, 46% dos professores inquiridos referem não ter informação ou possuir pouca informação sobre o tema e, também, 40,9% dos professores indicam não ter nenhum tipo de formação sobre a PHDA. No entanto, 97,4% destes professores têm ou tiveram alunos com esta perturbação em sala de aula, na maioria apenas um aluno.

A maioria dos professores da nossa amostra tem ou teve alunos com PHDA e, no entanto, muitos são os inquiridos que referem não ter informação ou possuir pouca informação sobre o tema, dados que estão em conformidade com outros estudos (Lourenço, 2009; Cariano, 2010; Simões, 2013), o que é para nós preocupante porque, como referido no enquadramento teórico:

- Os professores “são considerados observadores particularmente privilegiados das manifestações” da PHDA (Lopes, 2004, p. 52), daí os seus conhecimentos sobre a temática são importantes para o diagnóstico e avaliação destes alunos;
- As crianças ou adolescentes com PHDA são alunos com NEE porque “ por exibirem determinadas condições específicas, podem necessitar de apoio de serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, de

forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e sociemocional” (1997, Correia, cit. in Correia, 2013, p. 45). Consideramos que este apoio só acontece se os professores desses alunos estiverem envolvidos e, para tal, têm de conhecer a problemática e o impacto que causa em contexto escolar;

- O aluno com PHDA tem “direito a um programa de educação público, adequado e gratuito, num meio de aprendizagem o mais apropriado possível, que responda às suas necessidades educativas e ao seu ritmo e estilos de aprendizagem” (Correia, 2013, p. 45). Assim, os professores têm de conhecer as atitudes benéficas para estes alunos e as estratégias de intervenção num contexto sala de aula.

Relativamente ao grau de conhecimento anterior sobre PHDA por parte dos professores do nosso estudo verificamos que:

- Independentemente do género dos professores o grau de informação anterior em PHDA é idêntico;
- Os professores com menos tempo de serviço docente possuem um conhecimento relativamente melhorado sobre a PHDA do que os professores com mais tempo de serviço;
- Os professores com habilitações superiores à licenciatura detêm um tipo de formação sobre a PHDA mais aprofundada do que os professores com habilitações ao nível da licenciatura ou inferior.

A PHDA refere-se a um grupo de sinais e sintomas que se podem juntar em três dimensões comportamentais: o défice de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. É na infância que aparecem esses sinais e sintomas, “perduram na adolescência e por vezes na idade adulta, evoluindo, porém, na forma como se expressam” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 15).

Relativamente às *características que levantam a suspeita de uma situação de PHDA*, 90,4 % dos professores do nosso estudo, ou seja, a maioria aponta “Défice de Atenção”, tal como acontece em outros estudos portugueses como Lourenço (2009), Simões (2013) e Espada (2011), no entanto, no estudo de Cariano (2010) a característica mais valorizada pelos inquiridos foi o “Hiperatividade”.

No que concerne às *características que mais perturbam os alunos com PHDA*, os professores inquiridos indicam em maior percentagem o item “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades” (94,7%), seguido do item “Distraem-se facilmente com estímulos irrelevantes” (81,4%) e em terceiro lugar o item “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares” (71,4%). A sequência das três características são resultados que corroboram com os do estudo de Lourenço (2009), e o primeiro item “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades” é, também, a característica mais apontada pelos professores participantes dos estudos de Espada (2011), Santos (2012) e Simões (2013). Estas três características integram a lista dos critérios de diagnóstico da PHDA, publicada no DSM-5, constando no critério cujo diagnóstico tem por base a falta de atenção.

No que concerne às *características que menos perturbam os alunos com PHDA*, os professores inquiridos indicam o item “Esquece-se das atividades quotidianas” (26,5%), o item “Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer” (24,8%) e o item “Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares” (22,1%). Estas características são, também, as três referidas pelos professores participantes do estudo de Simões (2013) como as que menos perturbam destes alunos.

Quanto à *prevalência da PHDA*, a maioria dos participantes, 64, 3%, do nosso estudo referiram que a PHDA “ Mais comum nos rapazes do que nas raparigas”, resultado que corrobora com os estudos de Lourenço (2009), Espada (2011) e Simões (2013). A investigação sobre PHDA indica que, na população em geral, a perturbação afeta com mais frequência o sexo masculino do que o feminino (Rodrigues & Antunes, 2014; APA, 2014) numa proporção aproximada de 2 para 1 nas crianças e de 1,6 para 1 nos adultos (APA, 2014).

As *causas da PHDA* são “complexas e multifactoriais” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 63) e diversas teorias têm sido avançadas para as explicar. A maioria dos professores participantes no nosso estudo indicam como causa principal da perturbação os “Factores Genéticos”, seguidamente os “Factores Biológicos” e depois os “Factores Ambientais”. Corroborando estes resultados, surge o estudo realizado por Lourenço (2009), no entanto, nos estudos de Espada (2011) e Santos (2012) os factores genéticos e os biológicos são, também, considerados as causas principais. De acordo com

Selikowitz (2010), a PHDA é um distúrbio cerebral e a prova chega das descobertas, levadas a cabo por vários pesquisadores, de quatro áreas de investigação científica: défices da função executiva, esgotamento de neurotransmissores, pouca atividade do lobo frontal do cérebro e deficiências genéticas.

No que concerne à *prevalência da PHDA no tempo*, 61 % dos docentes inquiridos consideram que esta perturbação desaparece com o tempo e, apesar deste resultado estar em consonância com o estudo realizada por Santos (2012), de acordo com a revisão de literatura esta perturbação é uma condição crónica, não tem cura mas pode entrar em remissão, isto é, “por força da intervenção e/ou características próprias da perturbação causam progressivamente menos impacto e os sintomas deixam de ser evidentes” (Rodrigues & Antunes, 2014, p. 48).

Dos professores inquiridos, a grande maioria (85,8%) considera o Psicólogo como o *profissional que deve realizar o diagnóstico da PHDA*, o que corrobora os estudos realizados por Lourenço (2009), Couto (2012) e Espada (2011). No entanto, de acordo com a revisão de literatura, este diagnóstico assenta unicamente “nos sintomas da criança e meio envolvente, e em instrumentos clínicos, cuja aplicação e interpretação dependem da experiência da equipa” (Neto, 2014, p. 10) de profissionais. Os elementos que geralmente formam essa equipa são médicos, psicólogos e elementos da escola, como professores, conselheiros ou especialistas em aprendizagem (Parker, 2011). Para Nielsen (2011), o diagnóstico preciso desta perturbação é complexo e resulta de uma avaliação elaborada por uma equipa de profissionais bem treinados.

Relativamente à importância atribuída pelos professores aos *problemas associados que provocam maior desadaptação escolar às crianças com PHDA*, verificamos que na opinião de 95, 7% dos docentes do nosso estudo existem outros problemas associados à PHDA e indicam que os que provocam maior desadaptação são o “Não aceitar e respeitar as regras” (81,1%), os “ Comportamentos de agressividade e oposição” (74,3%) e as “ Dificuldades de aprendizagem” (73,9%). Confrontando estes resultados com os obtidos nos estudos realizados por Lourenço (2009), Espada (2011) e Simões (2013), constatamos que os itens “Não aceitar e respeitar as regras” e “ Dificuldades de aprendizagem” são igualmente apontados, pelos professores participantes nesses estudos, entre os três problemas que provocam maior desadaptação.

De acordo com a revisão de literatura, a criança com PHDA mostra bastantes comportamentos de oposição e de desafio, agressividade, problemas de conduta, e até mesmo uma atitude antissocial (Lopes, 2004), quanto às dificuldades de aprendizagem, são os problemas de compreensão e utilização da linguagem que estão na base das dificuldades de um grande número dessas crianças (Parker, 2011).

Quanto ao 2.º Objetivo Geral, *Conhecer as percepções dos professores sobre a forma de intervenção mais benéfica para os alunos com PHDA e as estratégias de intervenção mais utilizadas em contexto escolar junto desses alunos*, consideramos que foi alcançado tendo em conta o será exposto de seguida.

No que diz respeito a *estratégias de intervenção com alunos com PHDA* aplicadas no quotidiano da vida escolar, os docentes do nosso estudo identificam como formas mais benéficas a “Colaboração pais-escola” seguida da “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula”, no entanto, com menor nível médio de importância os professores assinalam o “Apoio escolar/ académico” e a “Medicação”.

De acordo com o nosso estudo e os de Lourenço (2009), Espada (2011), Couto (2012) e Simões (2013), a colaboração pais-escola é considerada pelos professores como a forma de intervenção que mais benefícios pode trazer às crianças com PHDA. O que vai ao encontro da revisão de literatura, pois Rodrigues e Antunes (2014) consideram que a intervenção em contexto escolar tem de ser apropriada ao aluno com PHDA e praticável, no entanto, consideram que o plano para essa intervenção deve conter

alguns dos seguintes domínios:

- 1) A Educação/ Formação dos Professores através de sessões de sensibilização e formação. (...)
 - 2) Colaboração entre Casa e Escola ou os Programas Escola/ Casa têm como objectivo formar parcerias com aplicação de técnicas específicas de modificação de comportamento. (...)
 - 3) A Intervenção Comportamental é outra das áreas fundamentais de intervenção no contexto escolar,
e inclui a modificação de contextos e currículo. (...)
- (pp. 115-116)

Comparando os resultados relativos à *Medicação* observamos que, os professores participantes do nosso estudo não atribuem muita importância a esta forma de intervenção o que corrobora com os resultados do estudo realizado por Lourenço (2009), no entanto, os professores participantes na investigação de Couto (2012) a "Medicação" é considerada uma das formas mais benéficas para o aluno com PHDA.

De acordo com o referido por Selikowitz (2010) e descrito na nossa revisão de literatura, muitos estudos apresentam como causa da PHDA o número reduzido de neurotransmissores na zona frontal do cérebro, daí que o tratamento ideal para o aluno com este distúrbio é um fármaco que faça aumentar a quantidade de neurotransmissores para níveis adequados à sua idade. Lopes (2004) refere que a medicação "tem de ser administrada diariamente e por longo período de tempo" (p. 239), no entanto, o tratamento das crianças com PHDA nem sempre engloba medicação, na opinião de Parker (2011).

Os professores do nosso estudo que consideram o "défice de atenção" como a característica que leva à suspeita de uma situação de PHDA, em média, atribuem uma importância idêntica à medicação, como forma de intervenção, comparativamente com os professores que consideram outras características na suspeita desta perturbação.

O grau de importância médio atribuído pelos professores da nossa investigação que lecionam no distrito de Castelo Branco não é diferente dos professores que lecionam no distrito de Portalegre no que se refere à medicação, como estratégia de intervenção mais benéfica para alunos com PHDA.

Quando um professor tem um aluno com PHDA, na opinião dos inquiridos do nosso estudo, é prioritário encaminhar o aluno para um técnico especializado, dado que corrobora com os obtidos nas investigações de Lourenço (2009), Espada (2011), Couto (2012) e Simões (2013). Para os participantes do nosso estudo, a forma de intervenção menos valorizada é "Encontrar um ambiente mais adequado ao aluno fora da sala de aula/escola" e, consideramos que, vem de encontro ao mencionado na Declaração de Salamanca,

As crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais, devem ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança capaz de ir ao encontro destas necessidades. As escolas regulares, ao seguirem esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para

combater as atitudes discriminatórias, criando, comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos (Unesco, 1994, p.1).

Tal como referido na nossa revisão de literatura, muitos autores apresentam sugestões de estratégias de intervenção na escola para o sucesso dos alunos com PHDA. No entanto, segundo Rief & Heimburg (2003) os professores têm de analisar quais os fatores que necessitam de ser ajustados ou modificados, de forma a estes alunos alcançarem sucessos, por exemplo, institucionais, ambientais, organizacionais, gestão de comportamentos, avaliação.

Relativamente às *estratégias de intervenção utilizadas com os alunos com PHDA pelos professores participantes neste estudo*, observamos que, em média, priorizam como mais recorrentes as “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas”, o “Dar informação suficiente ao aluno quanto ao trabalho que faz”, a “Organização da sala de aula” e o “Supervisão frequente do trabalho”. Constatamos que estas estratégias são igualmente das mais utilizadas pelos professores participantes nas investigações de Lourenço (2009), Espada (2011) e Simões (2013).

Conforme apontam os resultados obtidos na nossa investigação, a frequência de uso das diferentes estratégias de intervenção pelos professores não difere do género, das habilitações académicas, do tempo de serviço, do tipo de formação e nem do meio de localização da escola onde lecionam. No entanto, verificámos que os professores:

- do género masculino, em média, recorrem mais a recompensas materiais e tendem menos a ignorar pequenos comportamentos inadequados, têm menos cuidado com a organização das salas de aula e a supervisionarem menos o trabalho destes alunos quando comparados com as professoras;
- com habilitação superior à licenciatura, em média, anotam com maior frequência o mau comportamento do aluno e consideram-no na avaliação comparativamente com os docentes com menores habilitações;
- com mais tempo de serviço, em média, recorrem com menor frequência à utilização de um canto da sala para isolar o aluno com PHDA comparativamente com os professores que apresentam menos tempo de serviço;

- com menos experiência docente recorrem mais vezes ao regulamento disciplinar da escola como estratégia de intervenção comparativamente com os restantes professores;
- com formação anterior em PHDA mais aprofundada, em média, recorrem mais vezes à execução de relatórios semanais com a definição de objetivos específicos de comportamento e com o feedback dos resultados alcançados, comparativamente com outros docentes com menor conhecimento prévio sobre PHDA;
- que lecionam em escolas do meio urbano, , em média, recorrem mais vezes ao isolamento da criança com PHDA no canto da sala do que os professores que lecionam em meio rural.

Rodrigues e Antunes (2014) dizem-nos “ Deixamos algumas palavras-chave que podem ser úteis na sua intervenção: Empatize, Abordagem Colaborativa; Reforço Positivo; Aqui e agora; Persistência, Coerência, Consistência, Gestão de Expectativas; e Conhecimento da natureza do problema” (p. 168).

Apresentadas as conclusões, assumimos que este estudo apresenta limitações e destacamos a amostra reduzida devido à falta de colaboração de muitos professores.

Finalmente, consideramos que seria pertinente, em futuras investigações, a aplicação do mesmo questionário a uma amostra em dois momentos temporais distintos, num mesmo ano letivo, com intuito de comparar as percepções e as estratégias de intervenção mais utilizadas em contexto escolar junto dos alunos com PHDA. Consideramos que, ao longo desta última década, os estudos em torno dos alunos com PHDA tem vindo a aumentar, no entanto, acreditamos que ainda há muito para investigar ou aprofundar, nomeadamente a eficácia do tratamento farmacológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. S. & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (4.^a Edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- American Psychiatric Association (2012). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4.^a Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM- 5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5.^a edição). Porto Alegre: Artmed.
- Antunes, N.L. (2012). *Mal-entendidos: da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura*. (7.^a Edição). Lisboa: Verso de Kapa.
- Barkley, R. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: Manual para diagnóstico e tratamento*. (3.^a Edição). Porto Alegre: Artemed.
- Cordinha, A., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: Diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 577-89.
- Correia, L.M. (2013). *Inclusão e necessidades educativas especiais: um guia para educadores e professores* (2.^a Ed.). Porto: Porto Editora.
- DuPaul, G., & Stoner, G. (2007). *TDHA nas Escolas- Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- García, I. M. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Lisboa: McGrawHill.
- Gonçalves, O. F. (1999). *Introdução às psicoterapias comportamentais*. Coimbra: Quarteto.

- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. (3.^a Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Neto, S. et al. (2014). *Hiperatividade e Défice de Atenção*. Lisboa: Verso de Kapa.
- Nielsen, B. (2011). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula- Um guia para professores*. Porto: Porto Editora
- Nogueira, A., & Lopes, J. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção: Natureza e Intervenção*. In J. Lopes, *Necessidades Educativas Especiais: Estudos e Investigação* (pp. 11-31). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Parker, H.C. (2011). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade-Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Perraudau, Michel (2006). *As Estratégias de Aprendizagem - Como Acompanhar os alunos na Aquisição de Conhecimentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A Complementaridade do SPSS*. (4.^a Edição.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rief, S.F. & Heimburge, J.A. (2003). *Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva: Estratégias prontas a usar, lições e actividades concebidas para ensinar alunos com necessidades de aprendizagem diversas II volume*. Porto: Porto Editora.

Rief, S.F. & Heimburge, J.A. (2006). *Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva: Estratégias prontas a usar, lições e actividades concebidas para ensinar alunos com necessidades de aprendizagem diversas I volume*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, A. & Antunes, L. (2014). *Mais Forte do Que Eu*. Alfragide: Lua de Papel

Rohde, L., Mattos, P. & cols. (2003). *Princípios e práticas em TDAH*. Artemed Editora. S. A.: Porto Alegre

Schweizer, C. & Prekop, J. (2001). *Crianças Hiperactivas*. Porto: Âmbar.

Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.

Sousa, J. & Batista, S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios Segundo Bolonha*. Lisboa: LIDEL.

Vásquez, I. (1997). Hiperactividade: Avaliação e Tratamento. In R. Bautista, *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 159-184). Lisboa: Dinalivro.

SITIOGRAFIA

Alvarez, A. (2014). *Conhecimento, atitudes e crenças dos professores sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. Acedido janeiro 22, 2015, em

<http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/6465>

Antunes, R., Rosa, C., Afonso, S., Silva, F. & Neto, A. (2013). Práticas de disciplina positiva. *Clube phda Ser e Vencer Web site* [em linha]. Acedido maio 15, 2015, em <http://www.clubephda.pt/Section/Professores/Pr%C3%A1ticas+de+disciplina+positiva/1681>

Baptista, M. (2010). *Perturbação de hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar -Estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º ciclo* [em linha]. Dissertação de Mestrado em Educação Especial publicada, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. Acedido maio 30, 2015, em <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3072/1/Tese%20Luis%20DEFINITIVA.pdf>

Benedetti, I. & Anache, A. (2014). TDA/H – Análise documental sobre a produção do conceito. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. 3 (18), 439-446. Acedido janeiro 15, 2015, em <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0183783>

Cariano, A. (2010). *Conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Ensino Básico face à Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade da Beira Interior. Acedido dezembro 21, 2014, em

<https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/2540/1/TeseMestradoAnaCariano.pdf>

Couto, M. (2012). *A PHDA como Fator Condicionante do Sucesso Escolar Estudo Exploratório acerca das Perceções dos Professores*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Línguas e Administração, Vila Nova de Gaia. Acedido dezembro 30, 2014, em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4053/Tese%20de%20Mestrado.pdf?sequence=1>

Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação na área das Necessidades Educativas Especiais (1994). *Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade*. UNESCO. Espanha. Acedido novembro 10, 2014, em: <http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/declaracao-salamanca.pdf>

Espada, C. (2011). *Atitude dos Professores do 1.º Ciclo face à Inclusão de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa. Acedido janeiro 28, 2015, em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1671>

Fernandes, B.J. (2015). PHDA, mito ou realidade? [em linha]. *Instituto Português de Dislexia e Outras Necessidades Especiais (IPODINE) Web site*. Acedido Junho 30, 2015, em <http://ipodine.pt/phda-mito-ou-realidade/>

Filipe, C. N. (2013, maio 03). O Défice de Atenção não existe só nas crianças [em linha]. *Pública web site*. Acedido maio 10, 2015, em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/o-defice-de-atencao-nao-existe-so-nas-criancas-1593223>

Furtado, C. (2015). Hiperatividade: análise à utilização de medicamentos em Portugal continental. *Infarmed Notícias*. 54, 14-15. Acedido junho 15, 2015, em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/INFARMED_NOTICIAS/infarmed%20not%EDcias%%20maio%202015_1.pdf

Gatinho, H. (2013, novembro 26). Ritalina: A pílula da discórdia. *Pais e Filhos web site*. Acedido maio 30, 2015, em <http://www.paisefilhos.pt/index.php/saude/saude/6719-ritalina-a-pilula-da-discordia?showall=1Pais&filhos>

Instituto Português de Dislexia e Outras Necessidades Especiais (2014). Professores portugueses querem mais formação em educação especial [em linha]. *Instituto Português de Dislexia e Outras Necessidades Especiais (IPODINE) Web site*. Acedido Junho 30, 2015, em <http://ipodine.pt/professores-portugueses-querem-mais-formacao-em-educacao-especial/>

Jörg Blech (2012).Schwermut ohne Scham. *DER SPIEGEL*. 6, 122-131. Acedido dezembro 27, 2014, em <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-83865282.html>

Júlio, A. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Coimbra. Acedido dezembro 21, 2014, em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/12136/1/Tese%20Ana%20Rita.pdf>

Lino, T. A. (2005). *Distúrbio do Défice de Atenção* [em linha]. Tese de Licenciatura, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa. Acedido em 10 de janeiro de 2015, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0041.pdf>

Lourenço, I. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado. Faculdade Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa. Acedido dezembro 21, 2014, em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1443/1/Hiperactividade%20e%20D%C3%A9fice%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20em%20Contexto%20Escolar%20-%20ISABEL%20LOUREN%C3%87O%20-%202009.pdf>

Lusa (2014, dezembro 04). Especialistas em saúde mental alertam para prescrição excessiva de ansiolíticos [em linha]. *RTP web site*. Acedido abril 25, 2015, em http://www.rtp.pt/noticias/saude/especialistas-em-saude-mental-alertam-para-prescricao-excessiva-de-ansioliticos_n787462

Lusa (2015, março 23). Hiperatividade está mal diagnosticada em Portugal [em linha]. *Diário de Notícias web site*. Acedido abril 25, 2015, em http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=4469884

Malaca, I. (2008). *Hiperactividade com Défice de Atenção: Que Soluções? Proposta de Construção de um Programa de Formação de Pais*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa. Acedido dezembro 21, 2014, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/736/1/17394_Hiperactividade_Isabel_Malaca.pdf

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratórios de Psicologia*, 4 (1), 65-90. Acedido Junho 12, 2015, em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>

Mattos, P. (2013). Entenda o TDAH nos critérios do DSM-V [em linha]. *Associação Brasileira do Déficit de Atenção web site*. Acedido fevereiro 12, 2014, em <http://www.tdah.org.br>

Novais, R. (2014). Perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA): Excesso de diagnósticos?. *Revista Clinica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca* . 2(2): 40-41. Acedido maio 12, 2015, em [http://repositorio.hff.minsaude.pt/bitstream/10400.10/1389/1/101-225-1-SM%20\(1\).pdf](http://repositorio.hff.minsaude.pt/bitstream/10400.10/1389/1/101-225-1-SM%20(1).pdf)

Ramalho, E. (2015). França reconhece distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade [em linha]. *Brasil Radio France Internationale Web site*. Acedido Abril 29, 2015 em <http://www.brasil.rfi.fr/geral/20150304-franca-reconhece-disturbio-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade>

Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Revista Diversidade: Á velocidade da luz*. 21 (6), 9 -18. Acedido dezembro 15, 2014, em <http://pt.slideshare.net/anapsp/revista-diversidades-n-21>

Rodrigues, C. (2013). *Conhecimentos dos professores do ensino regular sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. Acedido janeiro 22, 2015, em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/3922>

Santos, P. (2012). *Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo Comparativo das Perceções e Impacto em Professores do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Acedido janeiro 28, 2015, em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3615/3/DM_Paulosantos.pdf

SIC Notícias (2015, fevereiro 26). Pessoas que sofrem de ADHS correm mais riscos de morte [em linha]. *SIC Notícias web site*. Acedido março 15, 2015, em <http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2015-02-26--Pessoas-que-sofrem-de-ADHS-correm-mais-riscos-de-morte>

Silva, F.G. (2015, junho 8). Cérebro meu – falsos diagnósticos de PHDA e efeitos do metilfenidato [em linha]. *Dormir e Crescer Web site*. Acedido Junho 20, 2015, em <http://www.dormirecrescer.com>

Simões, S. (2013). *Os conhecimentos, perceções e estratégias dos docentes do 1º e 3º Ciclos do Ensino Básico face à PHDA*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa - Pólo de Viseu. Acedido janeiro 22, 2015, em:

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13572/1/Tese%20quase%20no%20final-.pdf>

Spiegel Online International (2012). SPIEGEL Interview with Jerome Kagan: 'What About Tutoring Instead of Pills?' [em linha]. *Spiegel Online International web site*. Acedido dezembro 28, 2014, em <http://www.spiegel.de/international/world/child-psychologist-jerome-kagan-on-overprescribing-drugs-to-children-a-847500.html>

Veja (2012). Número de crianças diagnosticadas com TDAH aumentou 66% em dez anos nos EUA [em linha]. *Veja Web site*. Acedido Janeiro 02, 2015, em <http://www.veja.abril.com.br/noticia/saude/numero-de-criancas-diagnosticadas-com-tdah-aumentou-66-em-dez-anos-nos-eua>

Veja (2013). EUA: novos casos de TDAH cresceram 24% em dez anos [em linha]. *Veja Web site*. Acedido Janeiro 02, 2015, em <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/eua-novos-casos-de-tdah-cresceram-24-em-dez-anos>

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Decreto-Lei nº3/ 2008, de 7 de janeiro. *Diário da República*, 1.^a série — N.º 4. Lisboa.

Lei n.º 21/ 2008, de 12 de maio. *Diário da República*, 1.^a série — N.º 91. Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário.



QUESTIONÁRIO SOBRE PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

EM CONTEXTO ESCOLAR ¹

Senhor(a) Professor(a) do Ensino Básico

Eu, Carina Fonseca, aluna do 2.º ano do Mestrado de Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, no Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras, sob a orientação do Professor Doutor Jorge Vaz, encontro-me a realizar a Dissertação de Mestrado, cuja temática aborda as *Perceções e práticas dos professores do ensino básico face aos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)*.

A sua colaboração, através do preenchimento deste questionário, é imprescindível para o êxito desta investigação. As respostas são completamente anónimas e servirão apenas para tratamento estatístico.

Obrigada pela disponibilidade.

Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade: _____
Habilitações: <input type="checkbox"/> Bacharelato <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Pós-Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento	
Tempo de serviço: <input type="checkbox"/> Menos de 5 anos <input type="checkbox"/> 5-10 anos <input type="checkbox"/> 11-20 anos <input type="checkbox"/> 21 ou mais anos	
Distrito do Agrupamento / da Escola onde leciona: <input type="checkbox"/> Castelo Branco <input type="checkbox"/> Portalegre	
Tipo de Agrupamento / Escola onde leciona: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano	
Grau de informação anterior sobre a PHDA (0-Nenhum; 1-Pouco; 2-Suficiente; 3-Bom)	0 1 2 3
Tipo de formação anterior sobre a PHDA (0- Nenhum; 1-No curso; 2-Conferências, leituras, etc.; 3-Cursos breves, ações de formação; 4-Pós-graduada, especializada)	0 1 2 3 4
Tem, ou teve, alunos com diagnóstico de PHDA, na sua sala: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

1- Das seguintes características, qual/quais é/são a(s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]

Défice de Atenção	
Hiperatividade	
Impulsividade	

¹ Questionário produzido por Lourenço, M. I. (2009) no âmbito da elaboração da Tese de Mestrado "Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes dos professores do 1.º, 2.º e 3.º ciclo do Ensino Básico", na Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. O questionário sofreu pequenas adaptações no âmbito deste trabalho.

2- Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar dos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção? (1- Pouco importante; 2- Indiferente; 3- Importante)

1- Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido das tarefas escolares ou lúdicas.	1	2	3
2- Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e atividades.	1	2	3
3- Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra.	1	2	3
4- Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções).	1	2	3
5- Tem dificuldade em organizar atividades e tarefas.	1	2	3
6- Expressa relutância em envolver-se em tarefas e atividades que requerem um esforço mental mantido (trabalhos escolares).	1	2	3
7- Perde objetos necessários às tarefas e atividades escolares.	1	2	3
8- Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	1	2	3
9- Esquece-se das atividades quotidianas	1	2	3
10- Movimenta excessivamente as mãos e os pés. Move-se quando está sentado.	1	2	3
11- Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.	1	2	3
12- Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	1	2	3
13- Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de lazer.	1	2	3
14- Anda ou atua como se estivesse sempre “ligado a um motor”.	1	2	3
15- Fala excessivamente.	1	2	3
16- Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	1	2	3
17- Tem dificuldade em esperar a sua vez.	1	2	3
18- Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.	1	2	3

3- Classifique quanto à prevalência: A PHDA é [Assinale com uma cruz (X)]

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas.	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes.	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes.	

4 – Na sua opinião, o que pode causar a PHDA? (1- Pouco importante; 2-Indiferente; 3- Importante)

1- Fatores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez).	1	2	3
2- Excesso de TV e Play-Station.	1	2	3
3- Falta de vitaminas.	1	2	3
4- Alergias alimentares ou outras.	1	2	3
5- Fatores genéticos.	1	2	3
6- Estilos Parentais.	1	2	3
7- Fatores Biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.).	1	2	3

5 – Na sua opinião, a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo? [Assinale com uma cruz (X)]

Sim.	
Não.	

6 – Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]

Professor.	
Psicólogo.	
Professor de Educação Especial.	
Médico.	
Outro – Quem? _____	

7 – Na sua opinião, podem existir outros problemas associados à PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]

Sim.	
Não.	

7.1– Se respondeu que sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação. (1- Pouco importante; 2- Indiferente; 3- Importante)

1- Dificuldade na relação com os pares.	1	2	3
2- Pouca persistência e baixa motivação.	1	2	3
3- Comportamentos de agressividade e oposição.	1	2	3
4- Não aceitar e respeitar as regras.	1	2	3
5- Dificuldades de aprendizagem.	1	2	3
6- Baixa autoestima.	1	2	3
7- Comportamentos de risco.	1	2	3

8 – Na sua opinião, qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para o aluno com PHDA? [Ordene as seguintes opções da menos importante para a mais importante. (1 - Menos importante; 6- Mais importante)]

1- Medicação.	
2- Colaboração Pais – Escola.	
3- Terapia familiar.	
4- Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.	
5- Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.	
6- Apoio escolar/ académico.	

9– Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem um aluno com PHDA na sala de aula? [Ordene as seguintes opções da menos importante para a mais importante. (1 - Menos importante; 8- Mais importante)]

1- Encaminhar para um técnico especializado.	
2- Manter um contacto mais frequente com a família.	
3- Adaptar o contexto físico da sala de aula.	
4- Encaminhar o aluno para o apoio educativo.	
5- Encontrar um ambiente mais adequado ao aluno fora da sala de aula/escola.	
6- Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula.	
7- Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.	
8- Adaptar materiais e processos de avaliação.	

Página 4 de 5

10 – A seguir apresenta-se uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor, assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estes alunos. (1-Pouco frequente; 2-Frequente; 3- Muito frequente)

1- Recompensas sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...).	1	2	3
2- Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis).	1	2	3
3- Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	1	2	3
4- Time-out (tempo de afastamento da classe).	1	2	3
5- Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar o aluno perto do professor).	1	2	3
6- Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	1	2	3
7- Sugerir ao aluno que relate o que está a fazer.	1	2	3
8- Supervisão frequente do trabalho.	1	2	3
9- Dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	1	2	3
10- Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	1	2	3
11- Preparar um “canto” da sala onde o aluno possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	1	2	3
12- Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	1	2	3
13- Repreensões para comportamentos impróprios (Ex: pôr o nome do aluno no quadro).	1	2	3
14- Reprimendas verbais.	1	2	3
15- Relatório semanal com objetivos específicos do comportamento e feedback como os objetivos foram alcançados.	1	2	3
16- Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo.	1	2	3
17- Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	1	2	3
18- Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	1	2	3
19- Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	1	2	3
20- Dar conhecimento ao Diretor de turma acerca do mau comportamento do aluno.	1	2	3
21- Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	1	2	3
22- Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	1	2	3

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO II - Pedido de autorização entregue à autora do questionário



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS DE FELGUEIRAS

De:

Carina Esteves B. S. da Fonseca

A/C:

Exma. Senhora Dr.^a Maria Isabel Lourenço

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

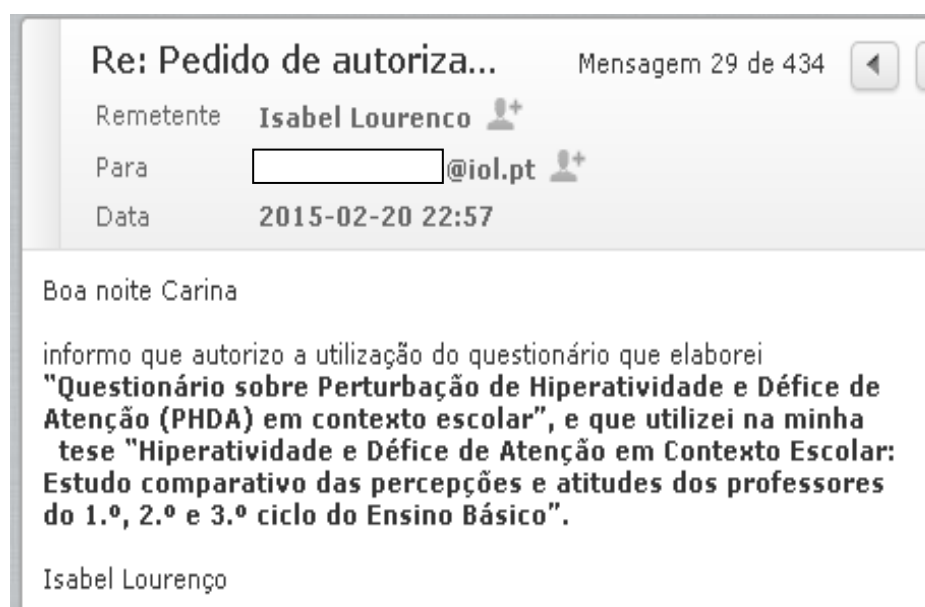
Eu, Carina Esteves Barreiros Seixo da Fonseca, aluna do 2.º ano do Mestrado de Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, no Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras e orientada pelo Professor Doutor Jorge Vaz, encontro-me a realizar a Dissertação de Mestrado. O meu estudo tem como objetivo conhecer as percepções e práticas dos professores do ensino básico face aos alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Venho por este meio, solicitar a Vossa Excelência, autorização para aplicar no meu estudo o questionário, “Questionário sobre Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) em contexto escolar”, utilizado na sua tese “Hiperatividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes dos professores do 1.º, 2.º e 3.º ciclo do Ensino Básico”.

Agradeço, desde já, a sua cooperação e a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,
Carina Esteves Barreiros Seixo da Fonseca.

ANEXO III – Autorização da autora do questionário



ANEXO IV - Pedido de autorização entregue nas
escolas para a aplicação do questionário.



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS DE FELGUEIRAS

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DO

ENTRADA

130 20-2-15

Proc.º M.º PP Func.º RV

De:

Carina Esteves Barreiros Seixo da Fonseca

A/C: Exma. Senhora Presidente da Comissão Administrativa
Provisória do Agrupamento de Escolas de

Assunto: Pedido de Autorização para Preenchimento de Questionários pelos Professores do Agrupamento.

Eu, Carina Esteves Barreiros Seixo da Fonseca, professora contratada, exercendo no presente ano letivo funções docentes no grupo Agrupamento de Escolas de aluna do 2.º ano do Mestrado de Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, no Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras e orientada pelo Professor Doutor Jorge Vaz, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário aos professores pertencentes a este agrupamento.

O referido questionário insere-se no âmbito da elaboração da dissertação de Mestrado e tem como objetivo saber quais os conhecimentos, as perceções e práticas dos professores do ensino básico relativamente à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Com cordiais cumprimentos, pede deferimento.

20 de fevereiro, de 2015

A aluna,

(Carina Esteves Barreiros Seixo da Fonseca)

(Carina Esteves Barreiros Seixo da Fonseca)

(Professor Doutor Jorge Vaz)

(Professor Doutor Jorge Vaz)

pedido deferido
23/2/2015

